申込日　　年　　月　　日

琉球大学病院

患者支援センター（シエント）　　（ＦＡＸ）０９８－８９４－１６４８

新規紹介患者　・　初診予約申込書（生殖不妊外来専用）

ご記入の上、診療情報提供書と併せて送信してください。

医療機関名	申込担当者名
診療科	ＴＥＬ
担当医師名	ＦＡＸ

本専門外来は、初診時にパートナーとお二人で受診していただくことから、１予約につき２名の予約取得を行います。従いまして予約申込書には２名様分の基本情報をご記入下さいますようお願い申し上げます。

受診希望日 ご希望に添えない場合はご容赦下さい。	**□急ぎ（１週間以内）※医学的な指示に限る** **□通常（空きのある最短日 or 受診希望日）※おおよそ１週間以降** **外来診療日（月・水・金）に<u>パートナーと来院できる日</u>を記入して下さい。** ①いつでも可 ②　　月　　日（　　）　③　　月　　日（　　）　④　　月　　日（　　）

紹介患者基本データ　【ご本人】

おきなわ津梁ネットワーク登録　　有　・　無

当院受診歴	□　なし　　□　あり　診察券番号（　　）　□　不明	
フリガナ		性　別
患者氏名	（旧姓：　　）	男　・　女
生年月日	西暦・明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生　（　　歳）	
連絡先	ＴＥＬ（　　）　　－ ※平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください。	
住所	**□保険証のとおり（住所表記がある保険証を添付して頂く場合は省略可能です）** 〒	

紹介患者基本データ　【パートナー】

おきなわ津梁ネットワーク登録　　有　・　無

当院受診歴	□　なし　　□　あり　診察券番号（　　）　□　不明	
フリガナ		性　別
患者氏名	（旧姓：　　）	男　・　女
生年月日	西暦・明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生　（　　歳）	
連絡先	ＴＥＬ（　　）　　－ ※平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください。	
住所	**□保険証のとおり（住所表記がある保険証を添付して頂く場合は省略可能です）** 〒	

〈お問い合わせ先〉

ＴＥＬ（０９８）８９４－１５７２　　患者支援センター（シエント）　新患予約担当

電話対応時間　祝日を除く月～金　８：３０～１７：００

2025年1月6日 現在