

琉球大学病院 歯科口腔外科専用

初診予約申込書

診療情報提供書と一緒にファックスして下さい。
予約取得には1～2業務日を要しますので後日、予約確定票を返信します。

FAX 098-894-1648

1. 紹介元情報

医療機関名
電 話
F A X
担当者名

2. 紹介患者さんの情報

琉大病院 受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診察券番号:) <input type="checkbox"/> 不明	
ふりがな	性 別
氏 名 (旧姓:)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	
現 住 所 〒	
連 絡 先 (続柄:)	
配慮事項	

3. 予約の希望 初診は午前中のみ、医師の指定はできません。

- 最短日
 曜日の希望 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日
 日にちの希望(3ヶ月以上先の場合) ① ② ③
受診希望日について、ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。