

# 事前診療録作成書(FAX専用)

\*予約センター(TEL:0120-680-704)へ予約申込み後、FAXをお願い致します  
 検査等予約の場合は、詳細確認のため診療情報提供書の添付もお願い致します  
 (予約受付時間 月~金 9:00-17:00 祝日・12月29日~1月3日を除く)

## 受診希望日

第一希望 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

第二希望 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

第三希望 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

※ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

ご住所  
医療機関名

医師名  
電話  
FAX

## 希望診療科(○をつけてください)

内科(血液内科) 消化器内科 糖尿病・内分泌内科 腎臓内科 第一循環器科 第二循環器科 不整脈治療科  
 脳血管内科 小児科 放射線科 心臓血管外科 外科 脳神経外科  
 産婦人科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 腫瘍内科 皮膚腫瘍科・皮膚科 眼科

希望医師 \_\_\_\_\_ 先生 ・ 医師希望無し

紹介目的	
------	--

ふりがな		性別	生年月日	明・大・昭・平・令	才
氏名		男・女		年	月 日
住所	(〒 - )		電話		
保険区分	本人 ・ 家族 ( 1割 ・ 3割 )			その他( )	
保険者番号		記号・番号			

	月	火	水	木	金
内科(血液内科)	○	○	○	○	○
腫瘍内科	○	○	○	○	○
消化器内科	○	○	○	○	○
糖尿病・内分泌内科	○	○	○	○	○
腎臓内科	○	○	×	○	×
第一循環器科	○	○	○	○	○
第二循環器科	○	○	○	○	○
不整脈治療科	○	×	○	○	○
脳血管内科	○	○	○	○	○
小児科	○	○	○	○	○
放射線科	○	○	○	○	○
心臓血管外科	○	×	○	×	○
外科	×	○	×	○	○
脳神経外科	○	○	×	○	○
産婦人科	○	○	×	○	○
耳鼻咽喉科	○	×	○	×	○
泌尿器科	○	×	○	○	○
皮膚腫瘍科・皮膚科	○	×	○	×	○
眼科	○	○	×	○	○

## 外来週間担当表

\* 専門外来等の診療日や、  
外来担当医に関しては、  
別紙外来診療担当表を  
ご確認ください

R1.9月現在

鹿児島医療センター 予約センター

FAX: 0120-334-476

TEL: 0120-680-704

予約受付: 月~金 9:00-17:00(祝日・12月29日~1月3日を除く)