

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

地域医療連携室 宛

TEL : 098-888-0123 (代表)

FAX : 098-888-1212 (直通)

申込日 : 令和 年 月 日

## 受診予約申込書 (FAX送信票)

以下の項目についてご記入の上、紹介状と併せて送信してください。

紹介元	医療機関名	申込担当者	
		FAX番号	

患者情報	フリガナ		電話番号	
	患者氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		
	住所			
受診日希望	<input type="checkbox"/> 希望日無し <input type="checkbox"/> 希望日有り 第1 ( ) 第2 ( ) 第3 ( )			
備考				

受診希望日については、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

予約調整は、当院 地域医療連携室より患者様・ご家族様へ直接お電話させていただきます。

入院中など医療機関（担当者）との予約調整が必要な場合は備考欄へご記入ください。

### 【南部医療センター・こども医療センター 記入欄】

ご紹介いただいた患者様の予約日程は、下記の通りに決まりましたので通知いたします

外来診療日	令和 年 月 日 ( )	予約時間	
診療科		診察医師	
備考			

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
地域医療連携室

( 本人 ・ 家族 )へ連絡済

〒 901-1193  
沖縄県南風原町字新川118-1  
TEL : 098-888-0123 (代表)  
FAX : 098-888-1212 (直通)