

## 濟生会長崎病院 診療予約申込書

(2026年4月 改訂版)

## 地域医療連携センター 行

FAX番号 0120-548-397 (095-827-7025 直通)

受付時間：平日 8:30~18:00 土曜日 9:00~13:00 (日・祝祭日・年末年始休み)  
※上記時間以外については担当者不在の為、予約業務を中止しております。

ご紹介元医療機関名 :

ご紹介元医師名 :

ご住所 :

ご連絡先 : TEL FAX

希望診療科 希望する診療科にし をつけてください。	<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科 肝臓内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科
	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 内分泌代謝 糖尿病	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 頭頸部外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科 脳卒中診療科	<input type="checkbox"/> 整形外科
	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 小児科
	【専門外来】 <input type="checkbox"/> 四肢のむくみ <input type="checkbox"/> 減量サポート <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症				
希望担当医	無 ・ 有 ( 医師名 : )				
診察希望日	第1希望 月 日 ( 曜日)		第2希望 月 日 ( 曜日)		
病名・症状等 または紹介目的等	○検査等の予約を事前に取りらせて頂く場合がございますのでご記入頂けると幸いです。				

※事前の紹介状の提供をお願いします。

診療予約申込書FAXに添付しています。	
作成次第、FAXします。	

(整形外科および婦人科につきましては、  
事前の紹介状の提供は必要ありません。)

## 患者さん情報

フリガナ		旧姓	
患者氏名		( )	男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		
住 所	〒 -		
TEL	( ) -		
濟生会長崎病院 での受診歴	ある ( 科 年 月頃 ID番号 ) なし		

※ ご不明な点は下記までお問い合わせください。  
濟生会長崎病院 地域医療連携センター (直通)

TEL 0120-548-398 (095-827-7021)

■ 予約が決まり次第、ご紹介元医療機関へ予約確認票をFAXで送信致します。患者さんへお渡しください。