

送信先 (初診専用)

大分大学医学部附属病院 総合患者支援センター

FAX:097-549-6357

電話・FAX受付時間…平日8:30～17:00
TEL:097-586-6360、6530、6531 (直通)

※ FAX予約は診察希望日の前日13時まで
(月曜受診は金曜14時) までに送信してください。

紹介元

医療機関名	
所在地	
T E L	
F A X	
医師氏名	
連絡担当者	



再診予約は、当該診療科外来へ直接ご連絡ください。TEL:097-549-4411 (代表)
入院依頼は、当該診療科医師へ直接ご連絡ください。TEL:097-549-4411 (代表)
時間外の救急患者の紹介は、高度救命救急センターへご連絡ください。TEL:097-586-6620

【患者情報】※太枠内必須項目を, ご記入ください。

フリガナ		性別		(西暦 年)	
患者氏名	(旧姓:)	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
住所	〒 — —			大分大学病院受診歴 有 ・ 無 ・ 不明	
電話番号	(自宅) — —	(携帯)	— —		
保険者番号		本人・家族	公費負担番号(乳・老・他)		
記号・番号			受給者番号		

【保険情報(保険証のコピーでも結構です)】

受診診療科 番号		受診希望日	① 月 日 (曜日)	診療科への 事前連絡	済 ・ 未
			② 月 日 (曜日)		



【診療科一覧】から 受診を希望する診療科の番号を選んで記入して下さい。

診療予約票 (※ 以下総合患者支援センター記入欄)

氏 名	様
予 約 日	年 月 日 (曜日)
予 約 時 間	時 分
	予約時間はあくまでも目安です。 診察状況によってお待ちになることも ありますのでご了承ください。
診 療 科	

● 受診当日にお持ちいただくもの ●

- ① この予約票 (本紙)
- ② 健康保険証
- ③ 各受給者証等
- ④ 紹介状 (診療情報提供書・CD等)
- ⑤ 本人診察券 (お持ちの場合)
- ⑥ お薬手帳等 (服用中の薬がわかるもの)

- 受診当日は、「総合患者支援センター (2番) 外来受付」に予約時間の30分前までにおこしください。
- 予約日に来院できなくなった場合は、必ず事前に総合患者支援センターへご連絡下さい。
- 専門性や症状により、診察医が変更になることもありますのでご了承ください。