

当日・翌診療日の申込には使えません（各診療科外来または予約センターへ電話でお問い合わせください）

年 月 日

信州大学医学部附属病院 初診予約申込書 FAX | 0263-37-3472

お問合せ | 外来予約センター ☎ 0263-37-3500 平日 9 - 17時

◆紹介元

必須項目

Medical institution name, doctor name, phone number, and referral options (Introduction to medical institution or patient).

◆患者情報 信大ID ( )

Patient name (フリガナ, 旧姓), sex, birth date, and phone number.

◆傷病名・医師の受診日指示等

Wound name, symptoms, urgency, and doctor's instructions.

◆患者さんの希望日時等

Preferred date, time, and other requirements.

◆受診希望の診療科枠

Grid of medical specialties for referral, including internal medicine, surgery, pediatrics, etc.

◆対象外の診療科 | 精神科, 子どものこころ診療部, 遺伝子医療研究センター, 移植外科, 血液内科, 小児科消化器外来, がん生殖は上記運用の適用除外です。