国立病院機構熊本医療センター　　予約申込書

お申し込み年月日　　年　　月　　日

国立病院機構熊本医療センター

科宛

（　　医師）

病院名

医師名

御住所

電話番号

FAX番号　　送信者

ふりがな		患者様御住所	
氏　名	男 女		
生年月日	M･T･S･H･R　年　月　日（　歳）	お電話番号	（　　）　－
保険者番号		公費負担者番号	
被保険者証の記号番号		公費負担受給者番号	
被保険者との続柄	本人　・　家族	公費負担割合	割
ご受診予定日	年　月　日（　曜日）　時　分　一般外来　救急外来		
来院方法	救急車 病院車・その他（　　）	TEL予約	済　・　未
傷病名 ご紹介目的		当院受診歴 ID（　　）	有　・　無

該当ありましたらチェックをお願いします

☐ くまもとメディカルネットワーク（KMN）参加済み

☐ KMNで紹介状を送信済み

紹介予約センター

TEL: 096-353-6565　**FAX: 096-353-6563**
（or **-6566**）

■一般診療は → ①お電話を → ②FAXを

仮予約　**本予約**
（当日中に申込書を）

■処置・検査等の予約は → FAXを

CT／MRI等の申込書
胃瘻・シャント相談

■予約変更は → お電話を

地域医療連携室

■入院のご相談
■緊急受診のご相談

まずは当該診療科医師へご一報を

TEL : 096-353-6501（病代）
FAX : 096-323-7601（専用）