

国立病院機構熊本医療センター 予約申込書 兼 診療情報提供書

- この用紙を診療情報提供書とさせていただきます。
(ございましたら経過等も添付いただけますと有難く存じます)
- 検査データ (特異的IgEなど) がございましたら当日持参をお願い致します。

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

病院名 _____

小児科 宛

医師名 _____

(アレルギー担当 医師)

御住所 _____

電話番号 _____

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	
被保険者の続柄	本人 ・ 家族	公費負担割合	割
ご受診予定日	平成 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	食物アレルギー アトピー性皮膚炎 喘息 (いずれかに○をおつけください)		当院受診歴 有 ・ 無 ID ()

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 仮予約 → ②FAXを 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)