

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

小 児 科 宛

(水上 智之 医師)

病院名 _____

医師名 _____

御住所 _____

電話番号 _____

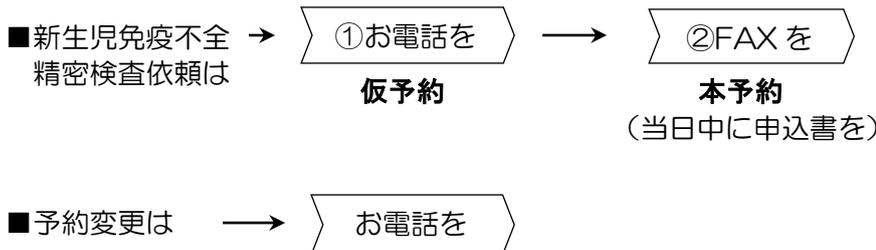
FAX 番号 _____ 送信者 _____

ふりがな			
氏 名	男 女	患者様御住所 _____	
生年月日	年 月 日	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	新生児原発性免疫不全症 精査		当院受診歴 有 ・ 無 ID ()

受診の際には ①精密検査受診依頼書と②母子手帳 を持参するようお願いください

紹介予約センター

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



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)