

# 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		身長・体重	御住所
氏 名	男 女	cm	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日( 歳)	kg	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	有 ・ 無 ID ( )

お急ぎでない場合は、紹介予約センターをご利用ください。

## 紹介予約センター

翌日以降の受診

### ■ 電話予約

#### ① まずはお電話を

専用 **096-353-6565** or **6566**

予約日時をその場でお伝えします (仮予約)

1) 電話受付時間は月～金 **8:30～17:00**

2) 以下の項目をお教え下さい

- 患者様の氏名、生年月日、電話番号
- お持ちの方は当院のID番号
- ご希望の診療科、診察医師名、受診日時

#### ② 当日中にFAXを

専用 **096-353-6563**

電話でのご予約後、**17:15** までに予約申込書をご送信ください。先の項目を確認致します。(本予約)

### ■ 胃瘻・シャント・放射線科・歯科 の

お申込FAXもこちらまでご送信下さい。

## 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** (代表)

**FAX: 096-323-7601** (専用)

月～金 **8:30～17:15**