

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

血液内科 移植相談 宛

(河北 敏郎 医師)

病院名 _____

医師名 _____

御住所 _____

電話番号 _____

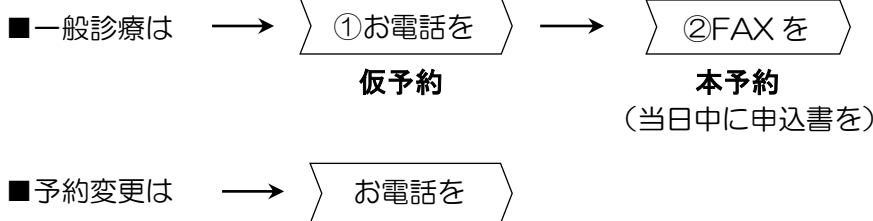
FAX 番号 _____ 送信者 _____

ふりがな			
氏名	男 女	患者様御住所 _____	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)	お電話番号 () -	
保険者番号		TEL 予約	済 ・ 未
被保険者証の 記号番号		当院受診歴	有 ・ 無
被保険者 との続柄	本人 ・ 家族	ID	()
ご受診予定日	年 月 日 (曜日)	時 分	一般外来
疾患名 ご紹介目的			

- 1) 予約枠は水曜日13時～14時、木曜日13時～14時と14時～15時、金曜日13時～14時です。
- 2) 可能であればFAXまたは郵送で事前に紹介状をいただければ助かります。
- 3) ご本人およびご家族のHLA検査前での受診でも問題ありません。
- 4) 下記「移植相談外来 受診の方へ」をご本人にお渡しいただき当日持参するようご指示ください。

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)

移植相談外来 受診の方へ

下記の質問事項にご記入の上、受診当日に持参してください

患者氏名： _____ 年齢： _____ 才 記載日： _____ 年 月 日
身長： _____ cm 体重： _____ kg 血液型： _____ 型

1. これまでにかかった大きな病気やケガはありますか

年齢	病名	病院名	治療内容(内服・入院・手術)	現在の状況
				治療終了・治療中
				治療終了・治療中
				治療終了・治療中
				治療終了・治療中

2. アレルギーはありますか

薬 剤： なし あり (薬剤名： _____) (症状： _____)
食 物： なし あり (食物名： _____) (症状： _____)
造影剤： なし あり (薬剤名： _____) (症状： _____)
その他： なし あり (品 名： _____) (症状： _____)

3. 喫煙について教えてください

吸わない 過去に吸っていた(_____ 才まで _____ 本/日) 吸う(_____ 才から _____ 本/日)

4. 飲酒について教えてください

飲まない 付き合い程度 飲む(ビール _____ 本/日、日本酒・焼酎 _____ 合/日)

5. 差し支えなければ、現在(以前)のご職業を教えてください

【現在 以前 (_____ 才まで)： _____】

6. 女性の方のみにお聞きします

挙児希望： なし あり 出産歴： なし あり (_____ 回)

7. ご家族について教えてください

続柄	性別	年齢	生・死	同居の有無 ※別居であればお住まいの市区町村
兄弟姉妹	男・女	歳	生・死	同居/別居 (市区町村 _____)
	男・女	歳	生・死	同居/別居 (市区町村 _____)
	男・女	歳	生・死	同居/別居 (市区町村 _____)
父	-	歳	生・死	同居/別居 (市区町村 _____)
母	-	歳	生・死	同居/別居 (市区町村 _____)
配偶者	男・女	歳	生・死	同居/別居 (市区町村 _____)
子ども	男・女	歳	生・死	同居/別居 (市区町村 _____)
	男・女	歳	生・死	同居/別居 (市区町村 _____)
	男・女	歳	生・死	同居/別居 (市区町村 _____)
	男・女	歳	生・死	同居/別居 (市区町村 _____)
	男・女	歳	生・死	同居/別居 (市区町村 _____)

お伺いした情報を診療以外の目的で使用することはありません。ご協力ありがとうございました。