**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 |  | | | 患者様御住所 |  | |
| 氏　　　名 |  | | 男  女 |
|  | |
| 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 を持参するようお伝えください

地域医療連携室

**紹介予約センター**

**TEL: 096-353-6565　 FAX: 096-353-6563**

（or **-6566**）

■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

①お電話を

■新生児免疫不全

　精密検査依頼は

②FAXを

**仮予約**　　　　　　 　　**本予約**

（当日中に申込書を）

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

お電話を

■予約変更は