**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