

# 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 \_\_\_\_\_

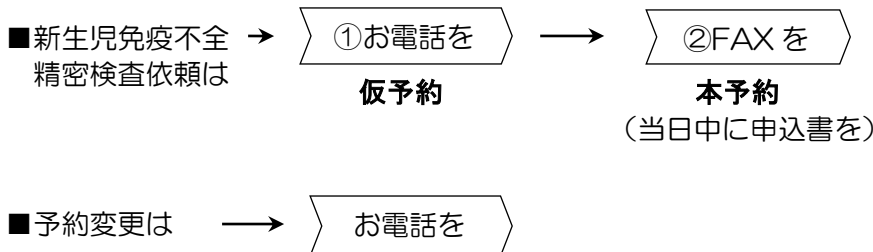
FAX 番号 \_\_\_\_\_ 送信者 \_\_\_\_\_

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	<b>新生児原発性免疫不全症 精査</b>		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)