

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

病院名 _____

科宛

医師名 _____

(_____ 医師)

御住所 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____ 送信者 _____

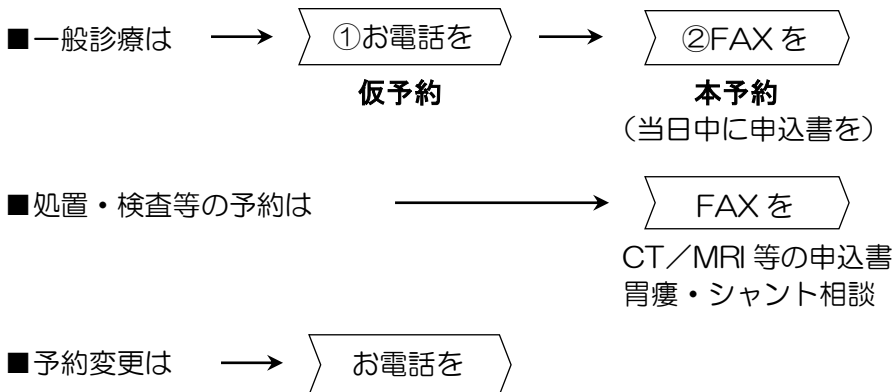
ふりがな			
氏名	男 女	患者様御住所 _____	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)	お電話番号 () -	
保険者番号		公費負担者番号	
被保険者証の記号番号		公費負担受給者番号	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	公費負担割合	割
ご受診予定日	年 月 日 (曜日)	時 分	一般外来 救急外来
来院方法	救急車 病院車・その他 ()		TEL予約 済 ・ 未
傷病名 ご紹介目的			当院受診歴 有 ・ 無 ID ()

該当ありましたらチェックをお願いします

- くまもとメディカルネットワーク (KMN) 参加済み
- KMNで紹介状を送信済み

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)