

国立病院機構熊本医療センター 予約申込書

- この用紙と診療情報提供書の添付をお願いしたく存じます。
- 検査データ（特異的IgEなど）がございましたら添付をお願い致します。

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 _____

小児科 宛

医師名 _____

(アレルギー担当 医師)

御住所 _____

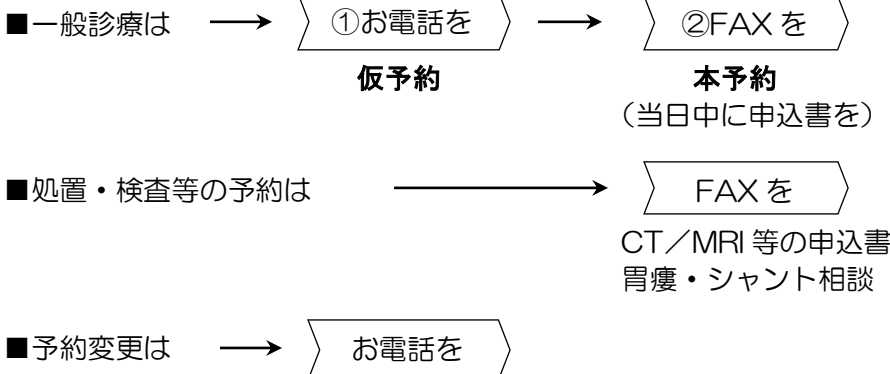
電話番号 _____

FAX番号 _____ 送信者 _____

| | | | |
|----------------|---|---------------|------------------------------|
| ふりがな | | 患者様 | 〒 |
| 氏名 | 男 女 | 御住所 | _____ |
| 生年月日 | 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 | |
| ご受診予定日 | 令和 年 月 日 (曜日) | ご予約時間 | 時 分(予約の 30分前 にご来院下さい) |
| 来院方法 | 自家用車・救急車・病院車・その他 () | TEL予約 | 済 ・ 未 |
| 傷病名 ご紹介目的 | <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> その他 () | 当院受診歴 | 有 ・ 無 ID () |

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)