診療申込書

令和　　年　　月　　日
受付時間（　　：　　）

受診者 氏　名 NAME	フリガナ	性別	生　年　月　日
	（旧姓：　　）	男 ・ 女	□大正　□昭和　□平成　□令和 年　　月　　日（　　歳）
現住所 ADDRESS	（〒　　－　　） 熊本県熊本市　：　□北区　□中央区　□東区　□西区　□南区 都 道 府 県		
連絡先 ＴＥＬ	携 帯　（　　－　　－　　） 自 宅　（　　－　　－　　）		

※熊本地域医療センターでは領収書とともに薬剤名称、検査名称などの内容を表記した明細書も発行いたします。

＜職員記入欄＞

診療科		
内科	外科	小児科

熱あり	熱なし

□自費（忘れ・他：　　）
□マイナンバー
□乳幼児マイナ取込