

熊本市医師会 熊本地域医療センター  
外来新患予約申込み連絡票

医師会員の皆様におかれましては、日頃より大変お世話になっております。  
当院では新規紹介患者さんの待ち時間を減らすため、外来予約制を導入いたしました。  
下欄に必要事項をご記入の上、当院地域医療連携室まで Fax をお願いします。

なお完全予約制ではありませんので、予約なしでも診療情報提供書をご持参いただければこれまでどおり診察させていただきます。ただしこの場合、多少の待ち時間が発生する場合がございますので、あらかじめご了解ください。

また緊急性のある患者さんの場合、直接お電話いただければ可及的速やかに対応させていただきます。

紹介元	医療機関名			
	電話番号		Fax 番号	
	診療科		医師名	

患者情報	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	患者氏名					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( ) 歳				
	患者住所	〒				
	電話番号(固定)		電話番号(携帯)			

受診療科希望	<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸外来 <input type="checkbox"/> 糖尿病代謝内科 <input type="checkbox"/> アレルギー外来 ( <input type="checkbox"/> 成人・ <input type="checkbox"/> 小児 ) <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 (非常勤) <input type="checkbox"/> 腎臓内科 (非常勤) <input type="checkbox"/> 乳腺外科 (非常勤)
	※セカンドオピニオン外来の受診を希望される場合は、別途その旨をご連絡ください

希望日	第一希望日： 月 日	第二希望日： 月 日
-----	------------	------------

予約専用番号： 090-9472-1177

※繋がらない場合は、096-366-1323(地域医療連携室)までご連絡ください。

F a x 番 号： 096-363-3416

(Fax の誤送信にはくれぐれもご注意ください！)