国家公務員共済組合連合会　熊本中央病院宛
患者紹介ファックス送信用紙及び診療情報提供書兼紹介状（3枚綴り）

ご紹介していただく患者さんの便宜を計るため、3枚綴りの書類「患者紹介ファックス送信用紙及び診療情報提供書兼紹介状」を用意いたしました。
事前にFAXで新患の患者さんの保険情報を連絡いただきますと、カルテを準備しておりますので受付での患者さんの待ち時間が短縮できます。

※ こちらは診察の予約ではありませんので、ご了承下さい。

【 ご 利 用 方 法 】

■ FAXを使用される場合

○ **№1**は患者紹介ファックス送信用紙です。
太枠内の必要事項をご記入の上、FAXして下さい。

○ **№2**は診療情報提供書兼紹介状です。
ご記入の上、封筒に入れて患者さんにお渡しください。

○ **№3**は貴医療機関の控えです。

◎ FAXで診療申込の患者さんの受付場所のご案内

初診の方は保険証をご持参の上、2F総合受付の新患受付へお越し下さい。
なお、以前の熊本中央病院の診察券をお持ちの方はご持参ください。
再来の方は診察券と保険証（月1回確認）をご持参の上、2階総合受付の再来受付機にて受付をされ、**各受付1・2・3**へお越し下さい。

■ FAXを使用されない場合

№2の診療情報提供書兼紹介状にご記入の上、封筒に入れて患者さんにお渡し下さい。

【 診 療 受 付 時 間 】

受付はあらかじめ予約で指定された時間を除き次のとおりです。

	新患 ・ 再来
午 前	8時～11時

※ 救急・紹介の場合は、この限りではありません。

【 FAX送付・お問い合わせ先 】

〒862－0965　熊本市南区田井島1丁目5－1
国家公務員共済組合連合会　熊本中央病院　総合受付（医事課）
電話 ： 096－370－3111（内線2101・2102）
FAX ： 096－370－4006

国家公務員共済組合連合会　熊本中央病院宛　**No. 1**

紹介患者ファックス送信用紙
総合受付FAX　096－370－4006

No.1は必要事項をご記入の上、FAXして下さい。
No.2は患者さんにお渡し下さい。

患者ID					―		―			年　月　日

熊本中央病院　診療科（　　）科（　　）医師	（外来・入院）	
	担当医連絡（済・未）	
来院予定日　年　月　日（　曜日）・不明　※ 不明の場合は、○印をお願いします。		
貴医療機関名	医師名	
電話番号	FAX番号	
ふりがな	保険区分	社保　本人・家族
患者氏名　様　男・女		国保　本人・家族
		生保
		その他（　　）
生年月日　大・昭・平・令　年　月　日（　歳）	熊本中央病院受診歴（有・無）	
現住所　〒　－	被保険者名	
電話番号（　　） 携帯番号（　　）		

保険者番号									公費番号								
記号番号									受給者番号								
有効期限				負担割合		割			有効期限								

※ご紹介内容はNo.2「患者さん持参用」に記載ください。

熊本中央病院　診療情報提供書兼紹介状

No. 2

※　患者さん持参用

年　　月　　日

熊本中央病院　診療科（　　）科（　　）医師			（　外来　・　入院　） 担当医連絡 （　済　・　未　）
来院予定日　　年　　月　　日（　　曜日）　・　不明　※ 不明の場合は、〇印をお願いします。			
貴医療機関名		医師名	
電話番号		FAX番号	
ふりがな		保険区分	社　保　　本人　・　家族 国　保　　本人　・　家族 生　保 その他　（　　）
患者氏名	様　　男・女		
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）	熊本中央病院受診歴	（　有　・　無　）
現住所	〒　　－ 電話番号　（　　） 携帯番号　（　　）	被保険者名	

保険者番号									公費番号								
記号番号									受給者番号								
有効期限				負担割合		割			有効期限								

傷　病　名

紹介目的

既往歴及び家族歴

検査結果及び症状・治療経過

現在の処方及び備考

熊本中央病院　診療情報提供書兼紹介状

No. 3

※　貴医療機関控

年　　月　　日

熊本中央病院　診療科（　　）科（　　）医師			（　外来　・　入院　） 担当医連絡 （　済　・　未　）
来院予定日　　年　　月　　日（　　曜日）　・　不明　※ 不明の場合は、〇印をお願いします。			
貴医療機関名		医師名	
電話番号		FAX番号	
ふりがな		保険区分	社　保　　本人 ・ 家族 国　保　　本人 ・ 家族 生　保 その他　（　　）
患者氏名	様　　男 ・ 女		
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）	熊本中央病院受診歴	（　有　・　無　）
現住所	〒　　－ 電話番号　（　　） 携帯番号　（　　）		被保険者名

保険者番号									公費番号								
記号番号									受給者番号								
有効期限				負担割合		割			有効期限								

傷　病　名

紹介目的

既往歴及び家族歴

検査結果及び症状・治療経過

現在の処方及び備考