

紹介患者連絡票ファックス送信用紙
 総合受付FAX 096-370-4006
 時間外・休日はこちらのFAX番号で承ります

小児科用

患者ID					-						年	月	日						
熊本中央病院診療科	小児科		医師名 ()						外 来 ・ 入 院										
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。)															
緊急性の有無 (有 ・ 無)													救急車来院の有無 (有 ・ 無)		熊本中央病院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)				
貴医療機関名※								医師名※											
電話番号				FAX番号															
ふりがな※		患者氏名※ 様 男・女						体重 kg											
生年月日※								平成・令和 年 月 日 (才 カ月)						(計測をされてましたらご記入ください。)					
現住所※								〒 -						携帯電話番号※ () - () - () <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ()					
被保険者名				保険区分				社 保 本人 ・ 家族 国 保 本人 ・ 家族 生 保 その他 ()											
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							

※印は必ず記入をお願い致します。

ただし当院への受診歴がある場合は、本人確認のための事項

貴医療機関名、ふりがな、患者氏名、生年月日、体重、携帯電話番号 だけの記入でも結構です。

《この用紙が誤って送信された場合は下記へご連絡下さい》

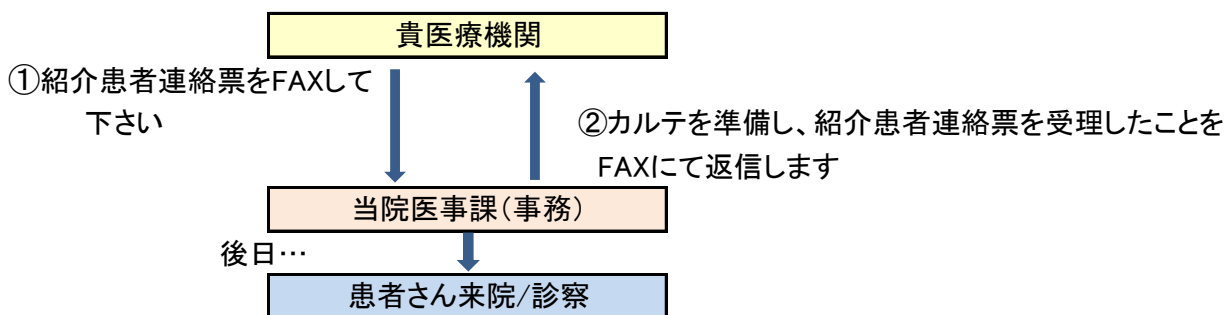
熊本中央病院 096-370-3111(代表)

小児科用紹介患者連絡票ファックス送信用紙のご利用方法

熊本中央病院小児科へ患者さんをご紹介いただく際に利用して頂く、小児科用の紹介患者連絡票ファックス送信用紙を用意しました。事前にFAXをして頂くことにより、前もって電子カルテを準備することができます。患者さんの受付窓口での待ち時間が少なくなりますので是非ご利用下さい。
※こちらは診察の予約ではありませんのでご了承ください。

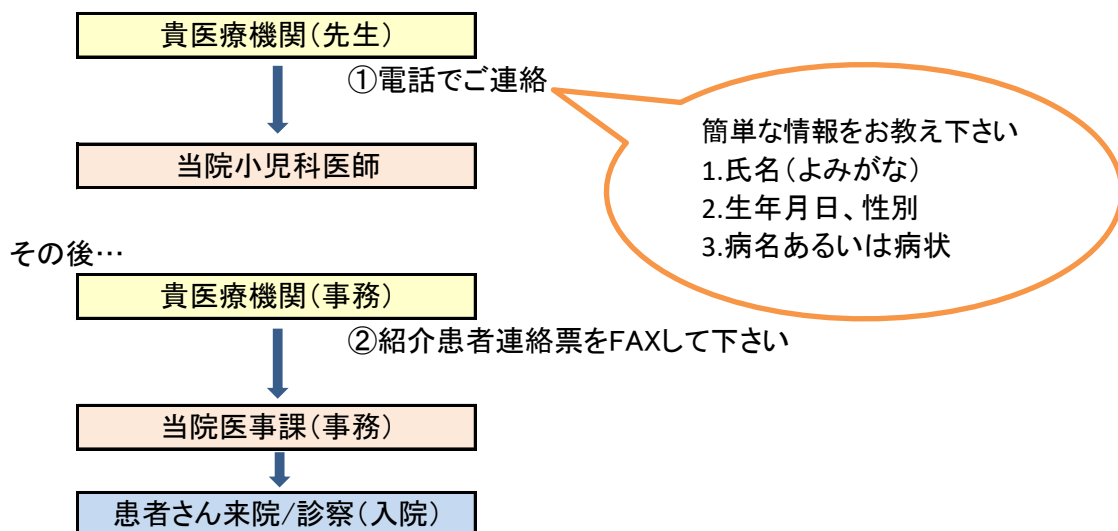
★小児科ご紹介の流れ

■ 貴院受診後、後日患者さんが紹介状を持参し当院外来を受診される場合



※**当院複写式の診療情報提供書兼紹介状(3枚綴り)**又は**貴院の様式**で患者情報をFAXされても結構です。その場合は携帯番号と計測されていたら体重の記入を追記して下さい。
尚、当院受診歴のある患者さんについては、貴医療機関名、患者氏名、生年月日、体重、携帯電話番号のみの記入で結構です。

■ 緊急あるいは電話で患者さんをご紹介される場合(時間外・休日含む)



※緊急の際、患者さん(家族)と連絡をとる場合がございます。連絡をとりやすい携帯電話の番号をお尋ねしておりますので、ご協力をお願い致します。

《 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

■ 熊本中央病院周辺案内図



国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院

〒862-0965 熊本市南区田井島1-5-1

TEL:096-370-3111 FAX:096-214-8977(地域医療連携室)