

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

小児内分泌用

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			
受診希望日※ 年 月 日												
緊急性のない場合は1か月先以降を記入して下さい。												
主訴・相談内容※ :												
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						体重 kg				
		男・女						(計測をされてましたらご記入ください。)				
生年月日※		平成・令和 年 月 日 (才 カ月)										
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。
- 希望日に予約が取れない場合は御家族携帯に13:00~16:00頃に電話して受診日の調整をさせていただきます。
 FAXされた当日~3診療日後まで位は電話に出れるようにしておくようお願いください。

《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)