

**熊本大学医学部附属病院
外来診療予約申込票
(初診用)**

下欄の所要事項をご記入のうえ、送信してください。

FAX番号 096 - 373 - 5577 (常時受付)

(FAX番号が変更となりました。)

熊本大学医学部附属病院 御中

紹 介 医 療 機 関	医療機関名
	電話番号 - -
	F A X 番号 - -
	医師氏名

患 者 様 関 係	フリガナ 患者様の氏名		性別	男 女	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生
	住所 (連絡先)	電話番号 - - (必ず連絡のつく電話番号をご記入下さい。)			
	受診希望科 (医師名)				
	第1受診希望日	平成	年	月	日 ()
	第2受診希望日	平成	年	月	日 ()

診療日等が決まりましたら、患者様へ直接連絡しますが患者様不在の時、家族等への『伝言』連絡を考えています、そのことが不都合な患者様の場合は、その旨をお知らせください。

このFAXは紹介状ではありません。

紹介状は、受診の際、患者様にご持参いただきますようお願いいたします。

初診時に紹介状のご持参がない場合は、患者様から保険外併用療養費(選定療養にかかる費用) として、3,150円をいただくこととなります。

お問い合わせ先

熊本大学医学部附属病院医事ユニット

外来予約センター

T E L 096 - 373 - 5973 (直通)

受付時間： 平日 8 時 30 分 ~ 17 時 15 分