

外来診療予約申込票（初診用）

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)

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	—	—	
	診療科名	医師名		
患者様関係	フリガナ			
	患者様の氏名			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月
	住所 (連絡先)	電話番号	—	—
		携帯番号	—	—
		(*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
第2受診希望日	平成	年	月	
セカンドオピニオン外来の申込 (有・無) ※申込の方は(有)に○をご記入ください。				

☆ 【セカンドオピニオン外来について】

患者様が受診中の医療機関の診断や治療方法について主治医以外の意見を提供し、地域医療連携に資するためにセカンドオピニオン外来を開設しています。対象者は患者様本人または患者様の同意を得たご家族で、現在受診中の医療機関（主治医）からの診療情報提供書（紹介状）及び検査データ（レントゲンフィルム・MRI・CT等の画像、血液検査、心電図、病理検査等）をご用意いただける方です。

※新たな検査や治療を行うものではありません。【料金は30分につき10,800円、30分増すごとに10,800円】 ※全額自費で保険適用はありません。

☆ 診療日等が決まりましたら、患者様へ直接ご連絡致しますが患者様がご不在の時には、ご家族等へ『伝言』させて頂きます。伝言が不都合な場合は、その旨を事前にお知らせください。

☆ 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、5,400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 午前8時30分～午後5時15分