

# 熊本大学病院 外来診療予約申込票(初診用)

下欄の必要事項をご記入のうえ、送信してください。

FAX番号 096-373-5577

(午後5時00分以降のFAX受信は、翌外来診療日の対応となります。)

|       |                                 |                                                                                                                                                                                                          |  |  |    |  |
|-------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----|--|
| 患者様関係 | フリガナ                            |                                                                                                                                                                                                          |  |  | 性別 |  |
|       | 患者様の氏名                          |                                                                                                                                                                                                          |  |  |    |  |
|       | 生年月日                            | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳)                                                                                                                                                                                  |  |  |    |  |
|       | 住所<br>(連絡先)                     | 〒<br>電話番号<br>携帯電話<br>(※必ず連絡のつく電話番号をご記入下さい。)                                                                                                                                                              |  |  |    |  |
|       | 紹介医療機関                          | <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中                                                                                                                                                |  |  |    |  |
|       | 当院受診歴                           | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                        |  |  |    |  |
|       | 受診希望科(医師名)<br>※ご希望に添えない場合があります。 | 診療科名: 医師名: 先生<br>※脳神経外科の受診にはCTもしくはMRIの画像データが必須となります。<br>ない場合は予約取得不可です。                                                                                                                                   |  |  |    |  |
|       | 第1受診希望日                         | 令和 年 月 日 ( )                                                                                                                                                                                             |  |  |    |  |
|       | 第2受診希望日                         | 令和 年 月 日 ( )                                                                                                                                                                                             |  |  |    |  |
|       | 検査・画像データ                        | <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 本人持参 <input type="checkbox"/> KMNにて送付(熊本県内のみ) <input type="checkbox"/> 無<br>※検査・画像データをKMNにてお送りいただくことで、担当医師が事前に検査結果等を<br>確認することができ、円滑な診療が行えるようになります。 |  |  |    |  |

☆ 熊本県内の医療機関の方は、以下の項目の該当箇所に☑(チェック)してください。

- ☐ くまもとメディカルネットワーク(KMN)参加済
- ☐ 当院を閲覧できるよう許可済または登録申請中
- ☐ KMNで紹介状を送信(画像等有る場合は、合わせてKMNで送信願います。)

- ・本紙と「診療情報提供書(紹介状)」と一緒にFAX送信してください。(KMNで紹介状を送信済の場合を除きます。)  
紹介状の原本は、事前にKMNで送信いただくか、受診の際、ご持参いただきますようお願いいたします。  
初診時に紹介状の原本を確認できない場合は、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、  
7,700円をいただくことになります。
- ・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、患者様のご不在の時には、ご家族等へ『伝言』させていただきます。  
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。
- ・受診日のご希望に添えない場合は、ご都合の悪い日を除いた最短の日程で予約をお取りします。
- ・セカンドオピニオン外来のお申し込み及びお問い合わせ先は、「セカンドオピニオン外来申込書」に記載しております。  
「セカンドオピニオン外来申込書」の様式は、ホームページよりご参照ください。

(備考欄)

お問い合わせ先

熊本大学病院 外来予約センター  
TEL : 096-373-5973(直通)  
受付時間 : 平日 午前8時30分～午後5時15分

# 熊本大学病院 外来診療予約(初診患者様控)

紹介元医療機関

医師名

先生

患者氏名

様 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

- ☐ 上記患者様の診療情報提供書等につきましては『KMN』にて送信しております。
- ☐ 上記患者様の診療情報提供書等につきましては郵送しております。
- ☐ 熊本大学病院へ提出する診療情報提供書等は忘れずにご持参ください。

※いずれかにチェックを入れて、患者様にお渡しください。

診療科

医師名

先生

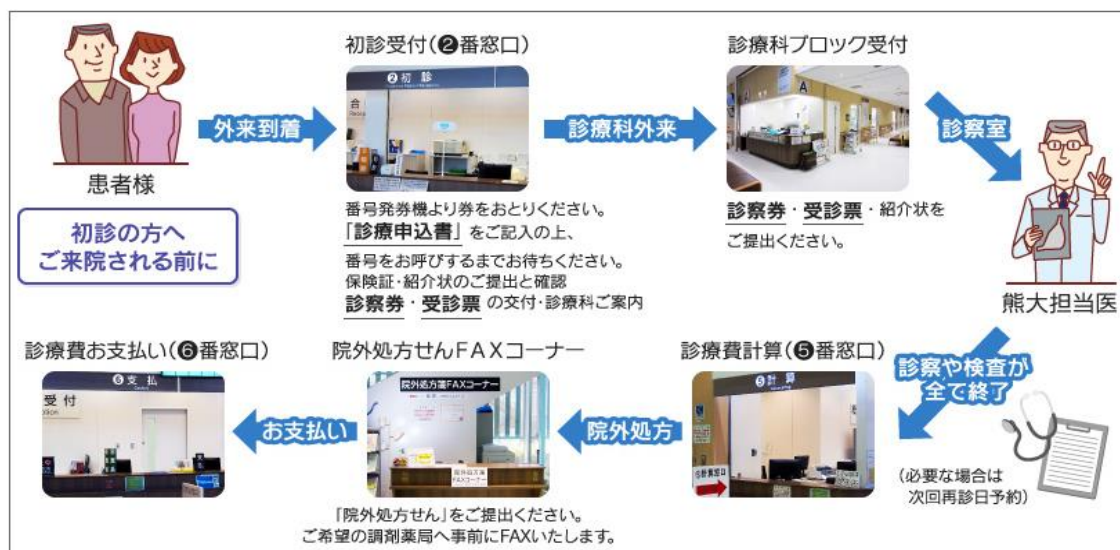
外来受診予定

予約日時： 令和 年 月 日 時 分 予約

※予約日時は外来予約センターから直接患者様へ連絡がありますので、患者様にてご記入をお願いします。

※受診当日は、本紙、保険証、お持ちであればお薬手帳・熊本大学病院診察券をお持ち下さい。

## 初診当日の流れ



本院を受診される方は、くまもとメディカルネットワーク(KMN)へご加入いただいております。

KMNに加入されると、利用施設間で治療歴、検査・画像データの共有ができ治療経過など分かりやすく説明を受けることができます。

外来患者様には、原則、初診受付の待ち時間を利用してKMN参加の手続きを行います。

KMN参加の手続きは、スマホのアプリからがおすすめです。事前にご自宅等でアプリ(マイヘルスnet)をダウンロードし、必須項目(氏名、住所、メールアドレス等)を入力の上、本院でスマホを提示いただくと手続き(本人確認)が短時間で完了いたします。

既にKMNに参加されている方もアプリをダウンロードすると、利用施設の追加・変更等がご自身のスマホで可能となります。

※アプリ「マイヘルスnet」のダウンロードはコチラから



予約に関する  
お問い合わせ先

熊本大学病院 外来予約センター  
TEL : 096-373-5973(直通)  
受付時間 : 平日 午前8時30分～午後5時15分

KMNに関する  
お問い合わせ先

熊本大学病院 医療サービス課KMN担当  
TEL : 096-373-7239(直通)  
受付時間 : 平日 午前8時30分～午後5時15分