

# 熊本大学病院 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)

熊本大学病院 御中

紹介医療機関	医療機関名					
	電話番号					
	FAX					
	診療科名		医師名			
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	年	月	日生	( 歳)
	住所 (連絡先)	〒 電話番号 携帯電話 (※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)	診療科名：		科 ( 先生)		
	第1受診希望日	平成	年	月	日 ( )	
	第2受診希望日	平成	年	月	日 ( )	
	セカンドオピニオン外来の申込 (有・無)	※有の場合「セカンドオピニオン外来申込書」を記入し 申込書記載のFAXへ送付(様式はHPにあり。)				

※くまもとメディカルネットワーク参加有り

検査・画像データ有り



参加されている方は、  
このカードを保有されています。

☆ 本紙と「診療情報提供書(紹介状)」を一緒にFAX送信してください。

紹介状の原本は、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。  
初診時に紹介状の原本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。

☆ 【セカンドオピニオン外来について】  
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。

(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