

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				
	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)		
		※脳神経外科はCTもしくはMRIのCD-ROM必須 <input type="checkbox"/> (無い場合は予約取得不可)			
	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円をいただくこととなります。
- ☆ 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
 してください。
- ☆ 【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