

紹介患者さん外来診療予約申込票

※患者さんへの日時等のご連絡は、ご紹介元の医療機関さまにお願いしております

紹 介 先 に✓またはご記入ください。

◆全診療科において診療情報提供書が必要となりますので、受診日までにFAXをお願いします

※循環器内科・心臓血管外科は治療計画を行う場合、ご家族との来院をお願いしております

□内科	□糖尿病内科	□腎臓内科	□血液・腫瘍内科	□リウマチ科(膠原病)
□脳神経内科	□呼吸器内科	□消化器内科	□循環器内科※	□心臓血管外科※
□外科	□呼吸器外科	□整形外科	□脳神経外科	□乳腺内分泌外科
□形成外科	□皮膚科	□泌尿器科	□産婦人科	□眼科
□耳鼻咽喉科	□放射線治療科	□小児科	□小児外科	□小児整形
□腎移植外来	□ペインクリニック	□頭痛外来		

医師の希望	<input type="checkbox"/> あり () - <input type="checkbox"/> なし (外来担当医)			
紹介理由	() に対する精査・加療・手術			
来院方法	□徒歩	□車イス	□ストレッチャー	
その他	付添い 酸素・医療機器等の使用	□あり	家族・その他 () - <input type="checkbox"/> なし	
診療希望日 □あり □なし	第1希望	： 令和 年 月 日	曜日	
	第2希望	： 令和 年 月 日	曜日	
紹介元医療機関	※受診当日、ご紹介元からの紹介状が必要です。紹介状を患者さんにお渡しください。			
貴病院名				
ご紹介医師名	科 先生			
ご担当者名	様 部署 () 内線 ()			
ご連絡先	電話：		FAX：	
患者さん情報	※全ての項目について、もれなくご記入ください。			
フリガナ				
氏名・性別	(旧姓)			男 · 女
生年月日	M-T-S-H-R	年 月 日	電話：() -	
ご住所	〒()			
当院の診察券をお持ちの方	登録番号：() - - -			

※ 土・日・祝祭日・年末年始(12/29~1/3)は休診です。

※ 申込みは前日(月曜予約は金曜)の17:00までにお願いいたします。

※ 受診当日のご予約、救急外来のご予約はできませんのでご了承下さい。

※ 転院、即日入院希望の患者さんのご紹介につきましては、各診療科あてお電話にてご相談ください。



熊本赤十字病院

[医療連携室]

電話：096-384-2111(内線) 7232
FAX：096-384-3970(予約専用)