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）

（※FAX番号が変更となりました。）

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　　－　　－ ＦＡＸ番号　　－　　－	
	医師氏名	

患者様関係	フリガナ 患者様の氏名		性　別	男 女
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生		
	住所 （連絡先）	電話番号　　－　　－ （※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　　日（　　）		
	第２受診希望日	平成　　年　　月　　日（　　）		

☆ 診療日等が決まりましたら、患者様へ直接連絡しますが患者様不在の時、家族等への『伝言』連絡を考えています、そのことが不都合な患者様の場合は、その旨をお知らせください。

☆ **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、3,150円をいただくことになります。

◎ 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

ＴＥＬ 096－373－5973（ 直通）

受付時間： 平日8 時30 分～ 17 時15分