

FAX予約依頼書兼診療情報提供書

FAX: 0965-32-7207

受付時間: 9:00~16:00 (平日のみ)

医療機関 (紹介元)	貴医療機関名			
	貴医師名	先生 (科)		
	担当者名	様 部署 ()		
	連絡先	電話:	FAX:	
希望紹介先	血液内科 呼吸器内科 循環器内科 消化器内科 腎臓内科 神経内科 糖尿病・内分泌内科 総合診療科 外科 呼吸器外科 整形外科 脳神経外科 心臓血管外科 泌尿器科 婦人科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 眼科 皮膚科 放射線治療科			
	第1希望	年	月	日 曜日
	第2希望	年	月	日 曜日
	医師名	※指定があれば記入ください		
	※各診療科の診療日(曜日)については外来診療担当医表をご確認ください			
患者情報	フリガナ			
	氏名	男 女		
	生年月日	M T S H 西暦	年	月 日
	当院の診察券をお持ちの方 ID番号 ()			
診療情報提供	傷病名			
	紹介目的			
	病状(症状)経過・既往症・薬物アレルギー等			
	現在の処方等			

FAX 0965-32-7207

※20分以内に「外来診療予約通知書(医療機関用・患者様用)」をFAX送信いたします。

※診療情報提供書の枠内に収まらない場合は別紙(貴院の書式で可)で送付ください。

お問い合わせ先

JCHO 熊本総合病院 地域医療連携室

TEL: 0965-32-7111 (代表)