

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	<input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 膜原病 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 放射線科 (※画像診断予約は画像診断治療センターへ) ※診察医優先は調整に時間をいただきます 20分以内の返信ができませんのでご了承下さい										
	<input type="checkbox"/> いずれかの優先をチェック	<input type="checkbox"/> 診察日優先		<input type="checkbox"/> 診察医優先							
	第1希望	年 月 日	曜日	診察医							
	第2希望	年 月 日	曜日	月	・	火	・	水	・	木	・
患者情報	フリガナ										
	氏名	男 女									
	生年月日	M T S H R 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

※各診療科の診療日(曜日)については外来担当医表をご確認ください。

※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。

診察医優先の場合は予約調整にお時間をいただく場合があります。また、ご希望に添えない場合はご連絡して調整致します。

※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)