

# 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"/> 膠原病専門外来 <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) <small>※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</small>		
	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・金

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	

※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)

FAX 0965-32-7207