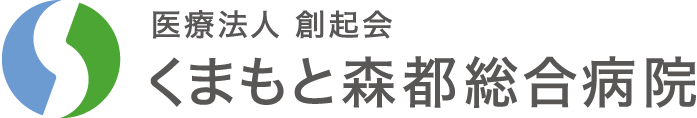
****

FAX 096－364－8585

受付時間　9:00～16:00（平日のみ）

上記以外に送信された場合は翌診療日の対応になります

**外来　ＦＡＸ予約依頼書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介元情報 | 貴医療機関名 |  | | | | |
| 貴医師名 | 先生　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　科） | | | | |
| 担当者名 | 様　　　部署（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | ( )　－ | ＦＡＸ | | ( )　－ |
|  | | | | | | |
| 希望紹介先 | 紹介先診療科 |  | | 医師名 | ※指定があれば記入ください | |
| 第一希望日 | 年　　　　　　　月　　　　　　日　　　　　曜日　　[　午前　　午後　] | | | | |
| 第二希望日 | 年　　　　　　　月　　　　　　日　　　　　曜日　　[　午前　　午後　] | | | | |
| ※各診療科の診療日については外来診療担当医表をご確認ください。 | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者様情報 | | | |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | 生　年　月　日 |
| 患者様氏名 |  | （男・女） | ☐T ☐S ☐H  　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 電話番号 | －　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　※こちらの番号に予約調整のお電話を致します | | |
| 傷病名 |  | | |
| 紹介目的 |  | | |
| 病状経過・検査結果・治療経過・その他 | | | |
| 現在の処方等 | | | |

お問い合わせ先　くまもと森都総合病院地域医療連携室

　　　　　　　　　Tel ：096-364-6000（代表）