



医療法人 創起会

くまもと森都総合病院

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 [<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後]
	第二希望日	年	月	日	曜日 [<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 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	(<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女) <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 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)