

人吉医療センター 外来診療予約送信票
(紹介患者用)

下欄の所要事項をご記入のうえ、下記の番号へFAXしてください

FAX番号 : 0966-22-7879

JCHO人吉医療センター御中

| 紹介医療機関 | |
|--|--|
| 医療機関名 | |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| 医師氏名 | |
| 紹介元への予約日決定連絡 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 | |

| * 患者さんの情報をご記入ください | | | |
|--------------------|--|-----------------------------------|---|
| フリガナ | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 患者さんの氏名 | | | |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 | 年 | 月 日生 |
| 住所 | 〒 - | | |
| (連絡先) | 電話番号 | (自宅) | - |
| | | (携帯) | - |
| 受診希望科 (医師名) | | | |
| 主訴・症状 (簡単に結構です) | | | |
| 受診希望日 | 令和 年 月 日 () | | |
| ※くまもとメディカルネットワーク | <input type="checkbox"/> 当院登録済 | <input type="checkbox"/> 当院登録手続き中 | |
| | <input type="checkbox"/> 未登録(貴院IDをご記入ください) | | |

注意事項:

診療日等が決まりましたら、患者さんへ直接連絡いたします。

予約当日、患者さんは紹介状と保険証、診察券、お薬手帳を持って総合受付までお越しください。

<<あらかじめご了承ください>>

初診時に紹介状をご持参されていない場合は、患者さんから特定療養費として、7,000円をいただくこととなります。

■■■ お問い合わせ先 ■■■

JCHO人吉医療センター 予約センター
TEL 0966-22-2191 内線 240