

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			
患者さんの氏名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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、7,700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