

(コロナ副反応専用)

☆ 下欄の所要事項をご記入のうえ、送信してください。

FAX番号 096-373-5577 (常時受付)

熊本大学病院 御中

* F A Xは原則17:00までの到着分を×切とします。

紹介 医 療 機 関	医療機関名		
	電話番号		
	F A X		
	診療科名	医師名	
患者 様 関 係	フリガナ		性別
	患者様の氏名		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)	
	住所 (連絡先)	〒 電話番号 携帯電話 (※必ず連絡のつく電話番号をご記入下さい。)	
	第1受診希望日	令和 年 月 日 ()	
	第2受診希望日	令和 年 月 日 ()	

↑ 診療受付時間は、月曜日～金曜日（祝日除く）13:00～16:00となります。

※くまもとメディカルネットワーク参加有り

検査・画像データ有り



参加されている方は、
このカードを保有されて
います。

☆ 本紙と「診療情報提供書（紹介状）」を一緒にFAX送信してください。

紹介状の原本は、受診の際、患者様にご持参いただきますようお願いいたします。

☆ 診療日等が決まりましたら、患者様へ直接ご連絡致しますが患者様のご不在の時には、ご家族等へ『伝言』させて頂きます。伝言が不都合な場合は、その旨を事前にお知らせください。

(備考欄)

「予防接種後副反応疑い報告書」については、紹介元医療機関様で作成し報告をお願いします。

お問い合わせ先

熊本大学病院

T E L

受付時間 :

コロナ副反応専用受付窓口

096-373-7229 (直通) ※4月より

平日 午前8時30分～午後5時15分