R4. 3～

熊本大学病院　外来診療予約申込票

（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

＊ＦＡＸは原則17:00までの到着分を〆切とします。

紹介医療機関	医療機関名	
	電話番号	
	ＦＡＸ	
	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、【12歳以上】 月曜日～金曜日（祝日除く）13:00～16:00、

【小児(5歳～11歳)】 月･水･金（祝日除く） 9:00～12:00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。

☆ <u>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。</u>

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がご不在の時には、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

ＴＥＬ

受付時間　：

コロナ副反応専用受付窓口

096-373-7229（直通）

平日 午前8時30分～午後5時15分