くまもと県北病院　FAX番号0968-73-5300

年　月　日

紹介患者さん 外来診療予約申込票

◆患者さんへの日時等のご連絡は、ご紹介元の医療機関様にお願いしております◆

患者さん情報 ※全ての事項について、もれなくご記入をお願いいたします	
フリガナ ご氏名	[□ 男 ・ □ 女]
生年月日	□ 大正 ・ □ 昭和 □ 平成 ・ □ 令和　年　月　日　[　歳]
ご住所	〒 電話 ① ② 内容によっては、予約日時の変更をお願いする場合がございます。必ず連絡がつく番号をお願いします。

紹介先　※□に✓またはご記入ください。

◆治療計画や、日頃の状態確認のため可能であれば、ご家族との来院をお願いしております。
◆成人脳派は脳神経内科の診療予約をお願いします。小児脳波は小児科の診療予約をお願いします。
◆DXA(骨密度検査)をご希望の場合は、放射線科直通(0968-79-7325)に直接お電話頂き、予約取得をお願いします。
◆歯科・放射線予約は別専用用紙となります

内科系	□ 血液内科	□ 呼吸器内科	□ 腫瘍内科※	□ 循環器内科	□ 消化器内科	□ 小児科	□ 腎臓内科
	□ 総合診療科	□ 糖尿病・内分泌内科	□ 脳神経内科	□ 緩和ケア	□ 膠原病・リウマチ科	□ 禁煙外来	
外科系	□ 呼吸器外科	□ 消化器外科	□ 外科※	□ 整形外科	□ 泌尿器科	□ 皮膚科	□ 婦人科
	□ 乳腺外科	□ 耳鼻咽喉科	□ 脳神経外科	□ ペインクリニック	□ 眼科	(※疾患が限られます。詳細はHPをご確認ください。)	

医師の希望	□ なし（外来担当医） ・ □ あり （　　）	外来担当予定表は当院のホームページをご参照ください https://kumakenhoku-hp.jp
診療希望日 □ あり □ なし	第1希望 ：　年　月　日　曜日	
	第2希望 ：　年　月　日　曜日	
	第3希望 ：　年　月　日　曜日	
傷病名 紹介目的	◆診療情報提供書、各種検査結果を本日17時までにFAXをお願いします。	
ADL	□ 徒歩　□ 車イス　□ ストレッチャー	
その他	付添い　□ あり　家族・その他(　　)　□ なし 酸素・医療機器等の使用　□ あり　(　　)　□ なし	

紹介元医療機関　※受診当日診療情報提供書が必要です。原本を患者さんにお渡し下さい。

貴院名:

医師名:　ご担当者様:　ご所属:

ご連絡先: 電話:　FAX:

◆ 受付時間外の予約依頼FAXは翌営業日にお返事いたします。
◆ 受診当日のご予約、救急外来のご予約はできませんので、お電話にてお問い合わせ下さい。
◆ 予約確定後にくまもと県北病院から紹介元医療機関様へご報告いたします。

くまもと県北病院 KUMAMOTO KENHOKU HOSPITAL
外来予約センター
TEL:0968-73-5000(代表)　FAX:0968-73-5300(直通)

2026年3月改訂版