

宛先 熊本託麻台リハビリテーション病院 外来予約センター行

FAX 096-381-3110 電話 096-381-5111 (代)

予約申し込みは前日までにお願ひします (受付時間 平日9:00~16:00)
(予約日時は外来予約センターから直接患者様へご連絡いたします)

紹介患者予約申込票 【貴院控】

申し込み日 年 月 日

基本情報

紹介元医療機関

診療科名

医師名

電話番号

FAX

フリガナ

患者氏名

性別 男 女

生年月日

年 月 日

連絡先

① 電話
② 電話
(日中必ず連絡のとれる方の電話番号をご記入ください)

当院受診歴

有 なし 不明

希望診療科

科 医師: 指定なし

診察希望内容

診察 外来リハ 両立支援 訪問リハ
 その他

希望日あり

① 月 日 曜日

希望日なし

② 月 日 曜日

紹介目的

紹介元の先生へ

円滑な診療をおこなうため、事前に診療情報提供書をFAXまたは、熊本メディカルネットワークにて送信いただけますようご協力お願いします

KMNで送信します FAXで送信します