

診療情報提供書(紹介状)

①久留米大学病院提出用

福岡県久留米市旭町67

久留米大学病院

科・センター	先生・担当医
紹介元医療機関様所在地及び名称	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
電話 ( )	-
FAX ( )	-
医師名	印

*診療予約日 (当院医師と直接予約済みの場合)			
月	日	時	(午前・午後)

*診察希望日			
①	月	日	午前・午後
②	月	日	午前・午後
③	月	日	午前・午後

※下記の診療区分に○をつけてください。

当院受診歴	有( )	科・センター	無・不明
※以下のPIDは、当院の管理用です。記入不要です。			
大学病院			
PID			

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	職業
患者氏名	様		年 月 日生 ( 歳)	
患者住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		電話自宅 ( )	-
			FAX 番号 ( )	-
			携帯電話 ( )	-
			勤務先 ( )	-
傷病名				
紹介目的				

既往歴及び家族歴				
症状経過及び検査結果				
治療結果				
現在の処方				
薬物禁忌 無・有 ( ) 感染症 無・有 ( )				
必要がある場合は、画像診断のフィルム・検査の記録等を添付してください。				
貸出チェック欄	X線	枚	CT	枚
			MRI	枚
備考				

※外来診療予約お申込の場合、FAX送信前に必ず太枠内をご記入ください。ただし\*印が付された太枠内は該当する場合のみご記入ください。