

診療情報提供書

申込日 平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 福岡病院  担当医 診療科を入力 科  担当医師名入力 医師	貴院の住所	
	貴院の名称	
	担当医師名	
	電話番号	
	FAX番号	

フリガナ		住所	
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 (乳幼児 月 ヶ月 日 日) 年 年 月 月 日 日生 (年齢 才)	TEL	

依頼項目	1. 受診 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院  受診希望日 年 年 月 月 日 日	2. 検査 <input type="checkbox"/>	CT 予約 年 年 月 月 日 日 時 時 分 分
				(造影剤使用 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否 )
				その他の検査 必要な検査を入力してください。

傷病名	
紹介目的	
症状経過及び検査結果 治療経過	
現在の処方	
備考 (禁忌・薬剤アレルギー等)	

必要がある場合は別紙に記載して添付してください。  
 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

お問い合わせ ▶【福岡病院地域医療連携室】までご連絡ください。 ご紹介ありがとうございました

連絡室 直通 (092) 566-6904 FAX (092) 566-6910  
 病院代表 (092) 565-5534 FAX (092) 566-0702