ＦＡＸ番号　０９２－５６６－６９１０

国立病院機構　福岡病院　　診療情報提供書

申込日　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 独立行政法人国立病院機構　福岡病院 | 貴院の住所 |  |
| 担当医　　　　　科 | 貴院の名称 |  |
| 担当医師名 |  |
| 医師 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 住所 |  |
| 患者氏名 |  | 男　女 |
| 生年月日 | 大正　  昭和　  平成 　 令和  年　 　月　 　日生　（　 　才） | | TEL |  |
| （乳幼児　　　ヶ月　　　日） | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼項目 | １・受診 | 外来　・　 入院 | ２．検査 | CT予約 　　 　令和　　　年　　　月　　　日　　 時　　 分 |
| （　造影剤使用　　 可　・　 否　） |
| 受診希望日　　 令和　　　年　　　月　　　日 | その他の検査 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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**