

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 担当医 科 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		□男 □女		
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日生 (才) (乳幼児 ヶ月 日)		T E L	

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)
				その他の検査
		受診希望日 令和 年 月 日		

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