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　平成　年年　月月　日日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 独立行政法人国立病院機構　福岡病院 | 貴院の住所 |  |
| 担当医　　　診療科を入力　科　 | 貴院の名称 |  |
| 担当医師名 |  |
| 担当医師名入力　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 | ☐明治　☐大正　☐昭和　☐平成　（乳幼児　月　ヶ月　日　日） | TEL |  |
| 年年　月　月　日　日生　（　年齢　才） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼項目 | １・受診 ☐ | ☐ 外来　　☐ 入院 | ２．検査 ☐ | CT　予約　　年年　　月月　　日日　　時時　　分分 |
| （　造影剤使用　　☐ 可　・　☐ 否　） |
| 受診希望日　年 年　月 月　日 日 | 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**