



# 国立病院機構 福岡東医療センター宛

## 診療情報提供書兼紹介状

【 FAX(0120)087-437 TEL(0120)212-454 】

1 紹介先診療科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_

2 紹介元医(病)院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

3 受診予定日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( 曜日) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分頃 入院・外来  
緊急性の有無(有・無)、来院方法(救急車・その他)、福岡東医療センター受診歴(有・無)

4 開放型共同指導の予定 \_\_\_\_\_ 有り \_\_\_\_\_ 無し

### 5 受診者情報

ふりがな	生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日	歳
患者氏名	男 女	勤務先及 び連絡先	電話 ( )			
現住所	〒( ) 電話 ( ) 市 町 県 郡 村 番地					

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過、治療経過及び検査結果

現在の処方及び備考