

# 国立病院機構福岡東医療センター 紹介患者の事前予約受付（紹介予約）について

2023年11月1日より、6診療科で運用開始します。

紹介予約受付時間 平日 9:00~16:00

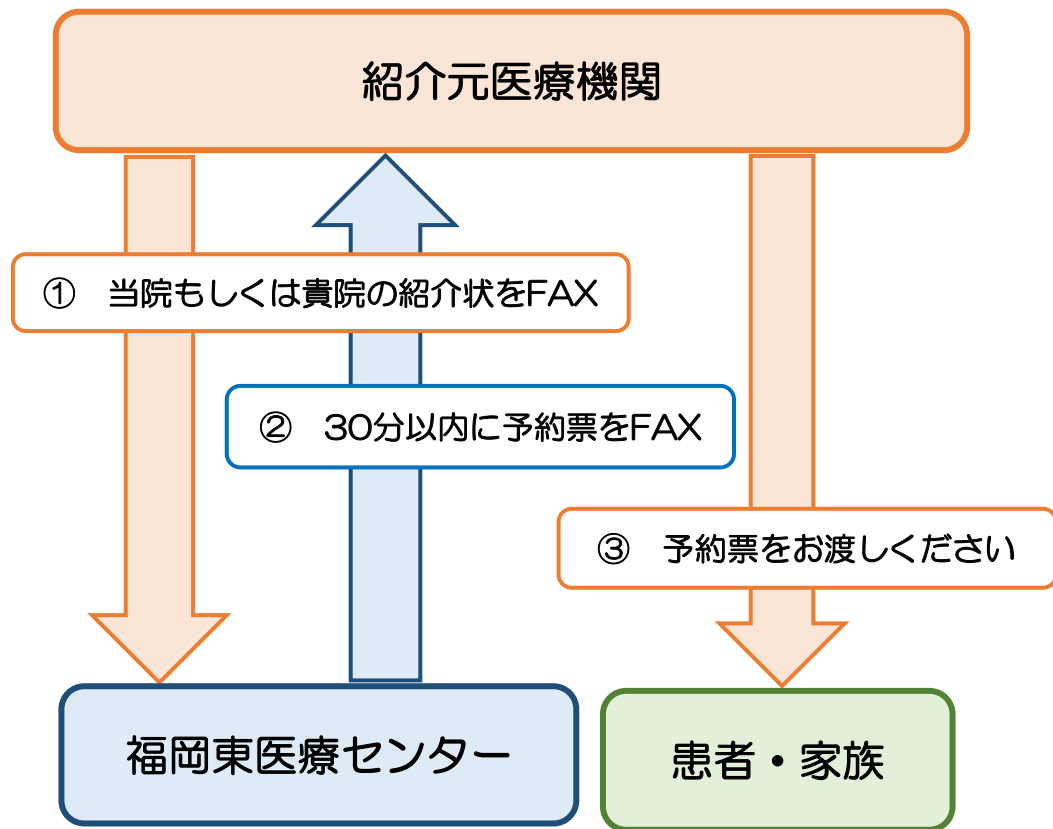
紹介予約専用 TEL 0120-057-220 FAX 092-405-7597

当院の「紹介状兼診療情報提供書」もしくは貴院の紹介状をFAXしてください。

紹介状受領後、30分以内に予約日時をお知らせします。

紹介予約専用電話は、受付時間以外は利用できません。

対応診療科	① 整形外科	② 脳神経内科	③ 循環器科	④ 外科	⑤ 血管外科	⑥ 皮膚科
予約可能日	脊椎は月・木 それ以外は 月・火・木	月～金	月～金	乳腺は木 それ以外は 月・水・金	火曜日	月～金



紹介状 兼 診療情報提供書

年 月 日

<small>(紹介先医療機関名)</small> 国立病院機構 福岡東医療センター <small>地域医療連携室</small> 電話番号 0120 (212) 454 FAX番号 0120 (087) 437 <small>紹介予約専用 (6診療科のみ)</small> 電話番号 0120 (057) 220 FAX番号 092 (405) 7597	<small>(紹介元医療機関の所在地及び名称)</small> 医療機関名 _____ 医師氏名 _____ 電話番号 _____ FAX番号 _____ <small>平日の8:30~17:15で緊急を要する場合は 直接地域医療連携室にご連絡ください。</small> <small>※は必須です</small>																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">フリガナ</td> <td style="width: 45%;">氏名</td> <td style="width: 10%;">性別</td> <td style="width: 30%;">男 女</td> </tr> <tr> <td>患者氏名</td> <td>旧姓 ( )</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>患者住所</td> <td colspan="3">電話番号:</td> </tr> <tr> <td>初診予約可</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 血管外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科         </td> </tr> <tr> <td>予約不要</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科  <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 放射線科  <small>※ 外来日を曜日の上11時まで受付しております</small> </td> </tr> <tr> <td>受診希望日</td> <td colspan="3">           ① 令和 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> できるだけ早く            ② 令和 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> いつでもよい         </td> </tr> <tr> <td>福岡東医療センター受診歴</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ID番号 ( ) <small>可能な範囲で記載をお願いします</small> </td> </tr> <tr> <td>持参画像</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合添付 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要         </td> </tr> <tr> <td>来院方法</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無         </td> </tr> <tr> <td>傷病名</td> <td colspan="3">           _____         </td> </tr> <tr> <td>紹介目的</td> <td colspan="3">           _____         </td> </tr> <tr> <td>既往歴及び家族歴</td> <td colspan="3">           _____         </td> </tr> <tr> <td>病状経過 診察経過 及び検査結果 (別紙添付可)</td> <td colspan="3">           _____         </td> </tr> <tr> <td>現在の処方</td> <td colspan="3">           _____         </td> </tr> </table>		フリガナ	氏名	性別	男 女	患者氏名	旧姓 ( )	生年月日	年 月 日	患者住所	電話番号:			初診予約可	<input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 血管外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科			予約不要	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <small>※ 外来日を曜日の上11時まで受付しております</small>			受診希望日	① 令和 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> できるだけ早く ② 令和 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> いつでもよい			福岡東医療センター受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ID番号 ( ) <small>可能な範囲で記載をお願いします</small>			持参画像	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合添付 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			傷病名	_____			紹介目的	_____			既往歴及び家族歴	_____			病状経過 診察経過 及び検査結果 (別紙添付可)	_____			現在の処方	_____		
フリガナ	氏名	性別	男 女																																																						
患者氏名	旧姓 ( )	生年月日	年 月 日																																																						
患者住所	電話番号:																																																								
初診予約可	<input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 血管外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科																																																								
予約不要	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <small>※ 外来日を曜日の上11時まで受付しております</small>																																																								
受診希望日	① 令和 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> できるだけ早く ② 令和 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> いつでもよい																																																								
福岡東医療センター受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ID番号 ( ) <small>可能な範囲で記載をお願いします</small>																																																								
持参画像	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合添付 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要																																																								
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																																																								
傷病名	_____																																																								
紹介目的	_____																																																								
既往歴及び家族歴	_____																																																								
病状経過 診察経過 及び検査結果 (別紙添付可)	_____																																																								
現在の処方	_____																																																								

当院の紹介状兼診療情報提供書

\* 上記診療科以外は、紹介状を持参していただき11時までに受付をお願いいたします。

お問い合わせ TEL 0120-212-454

国立病院機構福岡東医療センター 地域医療連携室