

# 紹介状 兼 診療情報提供書

年 月 日

(紹介先医療機関名)

国立病院機構 福岡東医療センター

地域医療連携室

電話番号 0120 (212) 454

FAX番号 0120 (087) 437

紹介予約専用

電話番号 0120 (057) 220

FAX番号 092 (405) 7597

(紹介元医療機関の所在地及び名称)

※医療機関名

※医師氏名

※電話番号

※FAX番号

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。

※は必須です

※ フリガナ		※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:		
※ 診療科	<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 <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"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 小児科 (専門外来はお問い合わせください) <input type="checkbox"/> 瘻縮外来 <input type="checkbox"/> 嚥下外来		
※ 受診希望日	① 西暦 年 月 日 ( 曜日)	<input type="checkbox"/> できるだけ早く	
	② 西暦 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 ( ) 可能な範囲で記載をお願いします		
※ 持参画像	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合返却 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
救急車での来院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
傷病名			
紹介目的			
既往歴及び家族歴			
病状経過 治療経過 及び検査結果 (別紙添付可)			
現在の処方			