

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

2025年1月6日より、全診療科で運用開始します。

紹介予約受付時間 平日 9:00~16:30

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

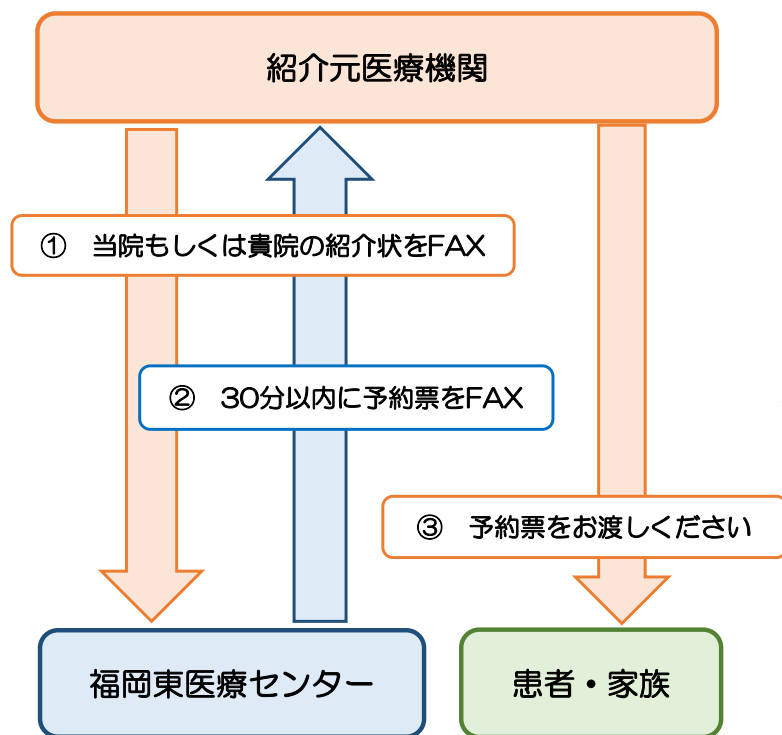
当院の「紹介状兼診療情報提供書」もしくは貴院の紹介状をFAXしてください。

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。

※ 平日16:30以降、平日以外にFAXされた依頼は、翌平日に対応致します。

各科の外来診療日については、外来診療担当医一覧（別紙）をご確認ください。



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 (紹介元医療機関の所在地及び名称)

地域医療連携室 電話番号 0120 (212) 454 医師氏名
FAX番号 0120 (087) 437 電話番号
紹介予約専用 FAX番号 0120 (057) 220 紹介予約専用 FAX番号 092 (405) 7597

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"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 小児科 (※*外来は別紙の受付時刻を参照) <input type="checkbox"/> 産科外来 <input type="checkbox"/> 腫瘍外来 <input type="checkbox"/> 腫瘍外科		
*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()	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)		
来院方法	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 治療経過 及び検査結果 (別紙添付可)			
現在の処方			

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