

平成 年 月 日

診療情報提供書(紹介状)

①久留米大学病院提出用

福岡県久留米市旭町67
久留米大学病院

科・センター 先生

診察予約日(医師と予約済み)

月 日 時(午前・午後)

診察希望日

① 月 日 午前・午後

② 月 日 午前・午後

電話() -

FAX() -

医師名 印

紹介元医療機関様所在地及び名称

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	職業
患者氏名	様		年 月 日生(歳)	
患者住所	〒 □□□□ □□□□		電話自宅() -	
			勤務先() -	
傷病名				
紹介目的				
既往歴及び家族歴				
症状経過及び検査結果				
治療結果				
現在の処方				
薬物禁忌 無・有() 感染症 無・有()				
必要がある場合は、画像診断のフィルム・検査の記録等を添付して下さい。				
貸出チェック欄	X線	枚	CT	枚
			MRI	枚
備考				

医療連携室Fax番号 0942-31-7716

(久大769)