

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

\*診療予約日 (当院医師と直接予約済みの場合)

月 日 時 (午前・午後)

科・センター 先生・担当医

\*診察希望日

紹介元医療機関様所在地及び名称

① 月 日 午前・午後

② 月 日 午前・午後

③ 月 日 午前・午後

※下記の診療区分に○をつけてください。

当院受診歴 有( )科・センター・無・不明

※以下のPIDは、当院の管理用です。記入不要です。

大学病院 PID

電話 ( ) -  
FAX ( ) -  
医師名 印

フリガナ		男・大・昭・平	職業
患者氏名	様	年 月 日生 ( 歳)	
患者住所	〒 □□□-□□□□	電話自宅 ( ) - FAX 番号 ( ) - 携帯電話 ( ) - 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ください。

貸出チェック欄 X線 枚 CT 枚 MRI 枚

備考

※外来診療予約お申込の場合、FAX送信前に必ず太枠内をご記入ください。ただし\*印が付された太枠内は該当する場合のみご記入ください。