久留米大学病院医療連携センター行

予約専用 FAX番号 0800-200-9489(フリーダイヤル) または 0942-31-7897

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・担当医

紹介元医療機関様所在地及び名称

電 話 ( ) −

FAX ( ) −

医師名 印

＊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)

＊診察希望日			
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 | | | | | | | | − | |

フリガナ		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	職 業
患者氏名	様			
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

アザレアネット	口頭同意: 有 ・ 無 取得日: 年 月 日 ＊初診予約時のみ使用可 紹介元ID: 同意者: 本人 ・ 代理人 続柄

※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。

(久大769)