

No.1

病院提出用

診療情報提供書(紹介状)
(診療予約FAX用紙)地域医療連携室
FAX 0977-27-3008
TEL 0977-27-2055

紹介医

年 月 日

九州大学病院別府病院

紹介先診療科

宛

担当希望医師

先生

担当医師への連絡

☐済☐未

来院予定日

年

月

日(

曜日)

〔外来受付(初診: 8:30~11:00
再診: 8:30~12:00)〕

医療機関名

所在地

TEL・FAX

紹介医師名

印

患者さま

※ゴム印を押していただいても結構です

フリガナ		住所	〒	—
患者氏名	男・女	住所		
生年月日	明・大 昭・平	連絡先	☎ ()	—
	年 月 日 (歳)			

保険区分	社保 (本人・家族)	国保 (本人・家族)	その他 ()
保険者番号		記号・番号	
公費番号		受給者番号	老人負担 1割・2割

※ 保険証のコピーを送っていただく場合は記入不要です。

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	
治療経過	
現在の処方	
備考	

備考 1. 症状については、貴院の情報提供書をつけてFAXしていただく方式でも結構です。
2. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
3. 必要がある場合は画像診断のフィルム、CD-R、検査の記録を添付してください。