診 療 情 報 提 供 書

年　　　　月　　　　日

公立学校共済組合　九州中央病院

　　　　　科　　　　　医師

病院代表電話 紹介元医療機関名：

　TEL（092‐541‐4936）　　　　　　　　　 　　　　医師名：

地域医療連携室　フリーダイヤル　　　　　　　　　　　TEL（　　　　　）　　　　　－

TEL（0120‐541‐995） FAX（0120‐541‐990） 　FAX（　　　　　）　　　　　－

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ | | 性別 | 生年月日 | | |
| 患者氏名： | | 男・女 | M・T・S・H・R  年　　　月　　　　日（　　　　歳） | | |
| 住　所： | | | | 電話（　　　　）　　　　－ | |
| 職業： | |
| 傷病名・主訴： | | | | | |
| 紹介目的：　　１．受診依頼（外来・入院）　　２．検査依頼 | | | | | |
| 症状経過・検査結果・治療経過・既往歴及び家族歴　　　　薬物アレルギー（　無・有　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 現在の処方： | | | 検査依頼のみ  希望検査項目：  検査部位：  事前に電話予約が必要です。電話は下記の通りです。  ・放射線科検査・画像診断予約  CT検査・MRI検査・RI検査  ・内視鏡検査予約  検査予約専用　0120-541-996  ※画像は　□CD・□フィルムでお渡しください。  （どちらかに✓をつけてください） | | |
| 備考：（注意事項など） | | |
| 受診希望日 | 月　　　　　日 | | 検査実施日 | | 月　　　日　　　時　　　分 |