**福岡記念病院** 福岡記念病院提出用

**診療情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　　　年　　月　　日 |
| 受診希望日 | 　年月日（） | 貴院の名称及び所在地 |
|  | 科 |  |
| 先生 | 診療科 |  | 担当医師 |  |
| （担当医を当院にお任せいただける場合は担当医と記入） | 電話 | （） |  | － |  |
| 上記医師への連絡 | □済　　　　□未 | FAX | （） |  | － |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | （男・女） | 生年月日 | 大・昭平・令 | 　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 患者氏名 |  | （旧姓：　　　） |
| 住所 | 〒 |  | － |  |  | TEL | （） |  | － |  |
|  | 都道 |  | 市 |  | 区 |  |
| 府県 | 群 | 町 |
| 紹介目的・傷病名（傷病名は日本語での表記をお願いします） |
|  |
| 既往歴及び家族歴 |  |
| 現病歴及び現症 |  |
| 検査所見 |  |
| 治療経過等 |
|  |
| 現在の処方内容 |
|  |
| 備考（禁忌・薬物アレルギー等） |
|  |

X線画像及び検査結果等がございましたらご持参ください。

**お問い合せ先**

|  |  |
| --- | --- |
| 社会医療法人大成会 | **TEL**　**092-821-7446**（直通） |
| **福岡記念病院　地域医療連携室** | **FAX**　**092-821-4773**（直通） |