**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） |