

お申し込み年月日 平成 年 月 日

独立行政法人  
国立病院機構

九州医療センター

科宛

（ 医師 ）

病院名

御氏名

御住所

電話番号

FAX番号

(フリガナ) 患者様氏名		様 男・女		患者様御住所	
生年月日	明治 昭和 大正 平成	年 月 日		お電話番号 ( ) -	
(乳幼児 か月 日)					
保険者番号				公費負担者番	
被保険者証の 記号番号				公費負担者 受給者番号	
被保険者 との続柄	本人 ・ 家族			公費負担合 割	割
ご受診予定日	平成 年 月 日	( 曜日 )	・ 外来	緊急依頼 (本日)	
傷病名 ご紹介目的					

【先生方へのお願い】

この度は、患者さまをご紹介いただき、誠にありがとうございます。

\* 誠にお手数ですが、患者さまのお名前、性別、生年月日、ご住所ならびに初診の場合には保険証の記号番号等をご記入いただきますよう、お願い申し上げます。事前に電子カルテ上で、患者さまの登録を行っております。

\* 先生方から頂いた情報は担当させて頂く医師に事前に連絡しておりますので、「傷病名、ご紹介目的」の記載をお願い致します。また、診療情報提供書（2枚目）も出来る限り事前にお送り（FAX）頂きますようお願い申し上げます。

\* 診察予約申込書（1枚目）と診療情報提供書（2枚目）は、FAX送信及び当日患者さまにご持参いただきますようお願い申し上げます。

\* 診察の際に、画像データを電子媒体（例：CD-ROM）でご持参頂く場合、お手数ですが、診察をスムーズに行うため、あらかじめ、主要データをプリントアウトしてご持参頂きますようお願い申し上げます。

独立行政法人 九州医療センター FAXでの診療申し込みのご案内

**FAX番号 092-833-6807**

【診療受付時間】

月曜から金曜 午前8時30分から午前10時30分

★時間外、休診日（土曜・日曜・祝祭日）につきましては、時間外窓口にて24時間体制で対応させて頂いておりますので、病院代表電話（092-852-0700）へご連絡下さい。

【お問い合わせは】

地域医療連携室（直通） 092-833-6806 へ お願い致します。

ご紹介ありがとうございました

※ 2 枚目・3 枚目は同じものです。(複写)

# 診療情報提供書

FAX 送信・病院提出用 (2 枚目)

貴院控え用 (3 枚目)

平成 年 月 日

独立行政法人 九州医療センター  
国立病院機構

病院名

科宛

御氏名

御住所

(

医師)

電話番号

FAX 番号

(フリガナ) 患者様氏名		様 男・女		患者様御住所	
生年月日		明治 昭和 大正 平成		年 月 日	
		(乳幼児 か月 日)		お電話番号 ( ) -	
保険者番号		公費負担者番			
被保険者証の記号番号		公費負担受給者番号			
被保険者との続柄	本人・家族		公費負担割合	割	
ご受診予定日	平成 年 月 日 ( 曜日)		外来 緊急依頼 (本日)		
傷病名 ご紹介目的					
1. 病 歴					
2. 治療経過 〔症状・検査 結果等〕					
3. 処 方					

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
  2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。