

診察予約申込書 (診療情報提供書)

年 月 日

独立行政法人
国立病院機構

九州医療センター

病院名

住所

診療科

科

診療科

医師氏名

先生宛

医師氏名

※診療科によっては新患担当医となります。

電話番号 () -

FAX番号 () -

当院の受診歴 有・無・不明

(フリガナ)	男・女	住所 〒
患者氏名 様(旧姓)		
生年月日 大正 平成 昭和 令和 年 月 日 (歳)		電話番号 () -
受診希望日	第1希望 年 月 日 (曜日)	第2希望 年 月 日 (曜日) 第3希望 年 月 日 (曜日)
傷病名 紹介目的		
資料持参	なし ・ あり (CD-ROM / レントゲンフィルム / プレパレート / 検査所見)	
1. 病歴		
2. 治療経過 (症状・検査 結果等)		
3. 処方		

備考

1. 患者様には、お薬手帳を持参いただきますようご案内お願い致します。
2. 緊急のご紹介は、脳神経外科、脳血管・神経内科、循環器内科、心臓外科についてはホットラインへのご相談もお受けしております。

(当院使用欄)