

8 0 6 - 8 5 0 1

年 月 日

北九州市八幡西区岸の浦1丁目8番1号

所在地
〒

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院

診療科: 科

TEL

先生

<代表>TEL:093-641-5111 FAX:093-642-1868

医療機関名

<連携室直通>TEL:0120-489-788 FAX:0120-229-822

診療科

診療情報提供書

医師名

印

ふりがな 患者氏名	性別	生年月日	アレルギー・禁忌
	男 女	T S H R 年 月 日	
傷病名			
紹介目的			
既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過			
現在の処方 *『抗凝固剤, 抗血小板剤等』, 当院での治療前に中止・調整が必要な薬剤を, ○で囲みお知らせ下さい。又, 薬剤調整の詳細に際してご意見があればお知らせ下さい。			
備考			

添付:画像診断のフィルム、検査の記録、その他() 返却【 要 ・ 不要 】

* 九州病院の外来は、原則として紹介・時間予約制です。ご協力宜しくお願いいたします。