

診療情報提供書【FAX送信票】

下記の必要事項にご記入の上、FAX送信願います

独立行政法人
地域医療機能推進機構

九州病院 医療支援部 宛

FAX番号【フリーダイヤル：0120-229-822】

受診希望科	科
医師	
ご指定の医師がない場合、空欄で結構です	
受診希望日：	年 月 日 (曜日)
受診日について <input type="checkbox"/> できるだけ早く <input type="checkbox"/> 要相談 <input type="checkbox"/> 特に無し	

医療機関名
所在地
紹介医
電話 () -
FAX () -

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
紹介患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
当院のカルテ	<input type="checkbox"/> 有 [ID :] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
傷病名	①(主)	④	
	②	⑤	
	③	⑥	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()		
①既往歴、生活歴、家族歴		②現病歴	
③所見		④検査結果	
⑤診療経過			
⑥紹介時処方			
⑦今後の方針			
⑧備考(禁忌事項など)			
⑨本書類の送付に関する患者の同意取得 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			

開放型病床利用について	<input type="checkbox"/> 当該患者様につき開放型病床共同利用を希望する
開放型病床入院希望科・希望日	科 / 年 月 日 (曜日)
開放型病床共同利用に関する患者の同意取得	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

来院時、持参された添付資料等〔画像診断のフィルム、検査の記録、その他〕について 要返却 返却不要
本状によりFAXが着信しましたらお電話にてご連絡(お返事)いたします。〔平日(月～金)午前8時30分～午後5時00分〕

本状に関するすべての問い合わせ先： 独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 地域連携室
TEL 0120-489-788 (フリーダイヤル) FAX 0120-229-822 (フリーダイヤル)