

紹介状（診療情報提供書）

平成 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
久留米総合病院 行

科 殿

〒830-0013 久留米市櫛原町 21

代表 TEL (0942) 33-1211

FAX (0942) 32-0113

地域医療連携室

TEL&FAX (0942) 40-5866

貴医療機関名

住 所

医 師 氏 名

TEL

FAX

フリガナ	生年月日	性別
患者氏名	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	☐ 男・ ☐ 女
	年 月 日 (歳)	
紹介目的 ☐ 外来診療 ☐ 入院精査依頼 ☐ その他 ()		
診断名		
症状・治療経過・検査結果など		
現在の処方		