

紹介状 (診療情報提供書)

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

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	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	□男・□女
	年 月 日 (歳)	
患者住所	TEL	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 入院精査依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()	
既往歴及び家族歴		
診断名		
症状・治療経過・検査結果など		
現在の処方		