　　　　　　　　　診 療 情 報 提 供 書 　平成　　　年　　　月　　　 日

九州歯科大学附属病院

　　　　　　科

記載がない場合は予診科がまず対応します

受診希望日

平成　　年　　　月　　　日　　　時

医療機関名：

電話番号：

FAX番号：

医師氏名： 　 先生　　 印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | 男  ・  女 | ＜生年月日＞　大　・　昭　・　平 | | |
| 患者氏名 | | | 年　　月　　日（　　　歳） | | |
| 患者住所 | | | | 自宅電話（　　　　）　　　－  携帯電話（　　　　）　　　－ | | |
| 傷病名 |  | | | | | |
| 紹介目的 |  | | | | | |
| 症状及び  治療経過 |  | | | | | |
| 特記すべき  留意事項 | （注：治療上の留意点、薬物アレルギーの既往などがあれば記載ください） | | | | | |
| 被保険者名  （世帯主名） | □本人　　　　　　□家族 | | | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | 記号 | | | 番号 | 有効期限 |
| 被保険者証 |  |  | | |  |  |
| 各種医療証 | 公費負担者番号 | 受給者番号 | | | | 有効期限 |
| 老・生・乳・母  障・原・特・精 |  |  | | | |  |
| 老・生・乳・母  障・原・特・精 |  |  | | | |  |

**医療機関の皆様へ**＊本用紙はFAX後は紹介状となりますので、封筒に入れて患者様にお渡しください。

＊受診希望日3日前（土・日・祝日を除く）の16時までに、FAXをお願いします。

　　　　　　　　　㊟**2日以前のFAXは当日扱いになり、待ち時間が長くなることがあります。**

＊受診日が変更になる場合は、診療科よりご連絡させていただきます。

＊本用紙は個人情報となりますので、FAX番号をお間違えのないよう送信お願い致します。

**地域医療連携室FAX：（０９３－５８２－１１３９）**

電話：（０９３）－５８２－１１３１（内線１２５７）