**診 療 情 報 提 供 書**

**九州歯科大学附属病院**

**科**

★**必ず紹介先の診療科名を記載ください。**

**受診希望日** **令和　　 年 月 日**

＊受付時間　**8:30 ～ 11:00**

＊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。

㊟ 緊急時には別途ご相談ください。

＊受診日が変更になる場合は、各科より連絡します。

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 ・ 令 | | |
| 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 | （㊟：治療上の留意点、既往歴・アレルギーなど記載ください） | | | | | |
| 添付資料 | □画像情報等　　　□検査情報等　　　□薬剤情報等　　　□その他（　　　　　　　） | | | | | |
| 被保険者名  （世帯主名） | □本 人　　　　　　　□家 族 | | | | | |
| 被保険者証 | 保険者番号 | 記　号 | | | 番　号 | 有効期限 |
|  |  | | |  |  |
| 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 |  |  | | | |  |

**備　考**＊**初診時はできる限り10時までの来院**をご案内ください。

**地域医療連携室FAX**：(**０９３**)－**５８２**－**１１３９**

　　　　　TEL：（０９３）－５８２－１１３１（音声ガイダンス）