

診療情報提供書

平成 年 月 日

(紹介先) 独立行政法人国立病院機構

九州がんセンター相談支援・情報センター

直通 TEL (092) 542-8532 FAX (092) 541-3390

代表 TEL (092) 541-3231 FAX (092) 551-4585

(紹介元)

医療機関名

科 医師

医師名

第一受診希望日 平成 年 月 日

TEL () -

第二受診希望日 平成 年 月 日

FAX () -

第三受診希望日 月・火・水・木・金 曜日

保険者番号		公費負担番号	
被保険者証の記号番号		公費負担受給者番号	
被保険者名・続柄	(本人・家族)	保険証のコピーでも結構です。	
(フリガナ)	男	生年月日 明・大・昭・平	
患者氏名	女	年 月 日 (歳)	
住 所	職業 ()		
TEL () -			
傷病名(主訴)			
紹介目的:	1. 入院 2. 外来 3. 検査		
既往歴及び家族歴	食物・薬物アレルギー (有・無)		
症状経過			
検査結果			
治療経過			
現在の処方			
備 考 (特異体質、禁忌、注意事項等)			

九州がんセンター受診歴 (有・無)

資料持参 (有 X線フィルム・内視鏡フィルム・その他 ・無)