**診療情報提供書**　　　**(様式1)　福岡大学西新病院　　提出用及びFAX送信用**

**福岡市早良区祖原15番7号 　　　 平成　　年　　　月　　　日**

**福岡大学西新病院 　　　　 　　 依頼医療機関**

**先生 医師氏名 印**

**患者様をご紹介します。 TEL FAX**

|  |  |
| --- | --- |
| **患者氏名　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　性別　　男・女**  **生年月日 明・大・昭・平　　　　年　　月　　日( 才)　　　　 職業**  **※患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※電話番号** | |
| **依頼項目　　　□外来受診　　　　　　□入院希望　　　　　 □検査( )** | |
| **紹介目的**  **傷病名等** | |
| **備考** | **既往歴 ・ 家族歴 ・ 症状経過　・　検査結果　・　治療経過 ・　処方　・　備考**  **※造影CTを依頼される場合は必ずご記入下さい。**BUN( ) CRE( ) |