

## 患者様基本情報書 (FAX用紙)

- 下記の所要事項をご記入の上、FAX送信をお願いします。  
○診療情報提供書でのご送付が可能な際は、当用紙の送付は必要ございません。  
○事前に診療情報提供書の形式での送付が難しい場合には、当書式をご送付頂けると幸いです。

※作成日 年 月 日

患者様基本情報			
福岡大学西新病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明	福岡大学西新病院 患者番号	分かれはご記入ください
フリガナ			
患者氏名			
生年月日	( 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 ) または西暦 年 月 日 ( 才 )		
性別	( 男 ・ 女 )		
依頼医療機関		依頼医	
検査日	年 月 日		
依頼項目	<input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> RI検査		

(個人情報の取り扱いについて)

ご記入いただいた患者さんの個人情報については、当院の事前診療予約に関する業務のみに使用し、他の目的では使用しません。

福岡大学西新病院

〒814-8522

福岡市早良区祖原15番7号

■TEL 092-831-4599

■FAX送信先 1階医事課 092-845-7606

■FAX受付時間 平日9:00~17:00