

# 福岡大学筑紫病院診療予約申込書 (FAX専用)

申込日 年 月 日

紹介先科名 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 内分泌・糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> I B D <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器・乳腺外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> しびれ外来 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 放射線科  <input type="checkbox"/> 外来担当医 <input type="checkbox"/> ( ) 医師宛	紹介元医療機関  施設名 住 所 診 療 科 担当医師 先生  T E L ( ) - F A X ( ) -
フリガナ _____  患者氏名 (男・女)  生年月日 年 月 日生 ( 才 )	住 所   T E L ( ) -

依頼項目	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 緊急入院  受診第一希望日 年 月 日 曜日 受診第二希望日 年 月 日 曜日 ※受診希望日は必ず記入をお願いします。
傷病名 紹介目的	
症 状 経 過	

## ご利用上のお願い

専用FAX(24時間対応)に本書を送付いただければ、折り返し予約票をFAXで返送いたします。  
 受付時間外および休診日にお申し込みのFAXをいただいた場合は、翌診療日の対応となります。

※FAX受付時間

受付曜日	受付時間
月曜日～金曜日	8:40～16:40

## 地域医療支援センター

# 専用FAX 092-921-0910

緊急受診並びに入院依頼の場合は、電話連絡をいただいた後、患者状態把握のため  
 2枚目もしくは診療情報提供書をFAXしてください。

[お問い合わせ先]

福岡大学筑紫病院 代表電話 (092)921-1011

地域医療支援センター:内線1150 604005(交)

## 診療情報提供書

申込日 年 月 日

紹介先科名 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 内分泌・糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> I B D <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器・乳腺外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> しびれ外来 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 放射線科  <input type="checkbox"/> 外来担当医 <input type="checkbox"/> ( ) 医師宛	紹介元医療機関  施設名 住 所 診 療 科 担当医師 先生  T E L ( ) - F A X ( ) -
フリガナ _____  患者氏名 (男・女) _____ 生年月日 年 月 日生 ( 才)	住 所   T E L ( ) -
依頼項目	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 緊急入院  受診第一希望日 年 月 日 曜日 受診第二希望日 年 月 日 曜日  ※受診希望日は必ず記入をお願いします。
傷病名 紹介目的	
症 状 経 過	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 検査所見</li> <li>● 治療経過</li> <li>● 処 方</li> <li>● その他 (既往歴及び 家族歴など)</li> </ul>	

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。  
 2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付して下さい。

604005(交)