

平成 年 月 日

### 診療情報提供書（紹介状）

福岡県久留米市国分町 155-1

久留米大学医療センター

山口 倫 先生

紹介元医療機関様所在地及び名称

住所

電話（ ） —

FAX（ ） —

医師名 印

フリガナ		男	大・昭・平	職業		
患者氏名		・	年 月 日（ 歳）			
		女				
患者住所	〒□□□□ - □□□□		電話番号（ ） —			
			勤務先（ ） —			
傷病名						
紹介目的						
既往歴						
症状経過						
診断(治療)結果						
現在の処方						
貸出チェック欄	標本(必須)	X線	枚	MRI	枚	その他
必要がある場合は、画像診断のフィルム・検査の記録等を添付してください。						
備考						
医療連携室 FAX 0942-22-6582						

久留米大学医療センター