**（紹介先病院用）**

**診療情報提供書**

**平成　　年　　月　　日**

紹　介　状

久留米大学医療センター

**科**

紹介元病院名

所在地

TEL

FAX

医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　**先生**

〒839-0863　久留米市国分町　155-1

TEL　　0942-22-6111 (代表)

　 0942-22-6582（医療連携室）

FAX　 0942-22-6583（医療連携室）

|  |
| --- |
| 患者氏名様（　　　歳）　男・女 |
| 診断名 |
| 紹介目的 |
| 症状・治療経過・検査結果など |
| 現在の処方 |

備考：1.宛先の医師名が不明の場合は科名のみご記入ください。

　　　2.必要がある場合は、画像診断フィルム・検査記録などを添付してください。