初診用　診療情報提供書（兼 診察依頼票）

熊本労災病院　地域医療連携室行　　FAX 0965-34-5799

令和　　年　　月　　日　　（月～金　8:15～17:00）

ふりがな 患者氏名		貴医療機関名（住所、電話番号、FAX番号）
生年月日	T・S・H・R　年　月　日 歳　性別　男・女	
電話番号		貴医師名
住　所	県　市・郡 町	

依頼診療科	☐ 呼吸器内科	☐ 消化器内科	☐ 脳神経内科	☐ 糖尿病・代謝内
	☐ 循環器内科	☐ 心臓血管外科	☐ 血管内科	☐ 血管外科
	☐ 外科	☐ 消化器外科	☐ 乳腺外科	☐ 小児外科・移植外科
	☐ 呼吸器外科	☐ 整形外科	☐ 形成外科	☐ 脳神経外科
	☐ 皮膚科	☐ 泌尿器科	☐ 産婦人科	☐ 眼科
	☐ 耳鼻咽喉科	☐ 腫瘍内科	☐ リウマチ・膠原病内科	

希望日	①令和　月　日（　）	希望医師名
	②令和　年　月　日（　）	医師
	③令和　年　月　日（　）	

疾患名・症状

紹介目的

病状経過及び　検査歴・治療経過

現在の処方

〒866-8533　熊本県八代市竹原町1670番地
電話　0965-33-4151（代　表）
FAX　0965-34-5799（地域医療連携室）

独立行政法人　労働者健康安全機構
熊　本　労　災　病　院