

# 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  
平成 年 月 日

FAX 0965-34-5799  
(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 M・T・S・H 年 月 日 歳 性別 男・女		貴医師名	
電話番号			
住所	県 市・郡 町		
依頼 診療科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 総合血管外来科 <input type="checkbox"/> 胸部外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <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"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科		
希望日	①平成 年 月 日 ( )	希望医師名	
	②平成 年 月 日 ( )	医師	
	③平成 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			