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

平成　　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	M・T・S・H　　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	☐ 神経内科	☐ 糖尿病・代謝内科
	☐ 循環器内科	☐ 心臓血管外科	☐ 総合血管外来科	☐ 胸部外科
	☐ 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			

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

〒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