

管理ID

診療情報提供書

令和 年 月 日

(紹介先) 独立行政法人国立病院機構

九州がんセンター がん相談支援センター

直通 TEL (092) 542-8532 FAX (092) 541-3390

代表 TEL (092) 541-3231 FAX (092) 551-4585

(紹介元)

医療機関名

科	医師	医師名
第一受診希望日	令和 年 月 日	TEL () -
第二受診希望日	令和 年 月 日	FAX () -
第三受診希望日	月・火・水・木・金 曜日	

保険者番号		公費負担番号	
被保険者証の記号番号		公費負担受給者番号	
被保険者名・続柄	(本人・家族)	保険証のコピーでも結構です。	
(フリガナ)	男	生年月日	明・大・昭・平・令
患者氏名	女	年 月 日	(歳)
住 所	TEL () -	職業	()
傷病名 (主訴)			
紹介目的: 1. 入院 2. 外来 3. 検査			
既往歴及び家族歴			
食物・薬物アレルギー (有・無)			
症状経過 検査結果 治療経過			
現在の処方			
備考 (特異体質、禁忌、注意事項等)			

九州がんセンター受診歴 (有・無)

資料持参 (有 X線フィルム・内視鏡フィルム・その他 無)