独立行政法人国立病院機構南九州病院宛
診療情報提供書兼紹介状

【 FAX0995－63－0840 TEL0995－62－2121 】 内線296

1 診療科（南九州病院） 科 医師

2 紹介元医（病）院名 医師名

TEL ー ー FAX

3 来院予定日 平成 年 月 日（ 曜日）

緊急性の有無（有 ・ 無） 来院方法（救急車 ・ その他） 南九州病院受診歴（有 ・ 無）

4 受診者情報

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。								

ふりがな		男	生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
患者氏名		女	年 月 日 （ 歳）

住 所 〒（ ― ）
県 市 町
群
TEL（ ） ー

傷 病 名

紹介目的 ： 1、受診依頼（入院・外来） 2、検査依頼 3、（手術・治療）依頼 4．その他（ ）

既往歴及び家族歴

食物・薬物アレルギー（有・無）

症状経過・治療経過及び検査結果

現在の処方及び備考