

外来事前診療予約申込書

【FAX番号：092-862-8622】

※よろしければ、本紙と一緒に「診療情報提供書」
(貴院の書式で構いません)をFAX送信願います。

※ 作成日 年 月 日

福岡大学病院 科 先生 (担当医を当院にお任せいただける場合は未記入) ※上記医師への事前の診療依頼の有無 ☐ あり ☐ なし		紹介元医療機関の所在地及び名称 診療科名 医師氏名 印 電話 () - FAX () -	
受診希望日	第1希望 年 月 日 [] 第2希望 年 月 日 []	※診療科名・医師氏名・連絡先電話番号についても必ずご記入ください。	

患者基本情報

※ 福岡大学病院受診歴 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明																		
受診歴有の場合、福岡大学病院の登録番号が分かればご記入ください。 ⇒										0		-				-		
フリガナ	☐ 男 ☐ 女		生年 月 日	(大・昭・平・令) または西暦	年 月 日生 才													
患者氏名	(旧姓:)		職 業															
住 所	〒		—		自宅電話 () —													
	都 道 市 区				携帯電話 () —													
		府 県 郡 町																
傷病名・紹介目的 (傷病名は日本語でお願いします)																		

(個人情報の取り扱いについて) ご記入いただいた患者さんの個人情報については、当院の事前診療予約に関する業務のみに使用し、他の目的では使用しません。

《予約申し込み時のご注意》

・ F A X 受付時間

受付曜日	受付時間
月曜日～金曜日	8：40～18：00

休日：土曜・日曜・祝日・振替休日・盆休（8/15）・年末年始（12/29～1/3）

注） 休日やFAX受付時間外にお申し込みのFAXをいただいた場合は、翌診療日の対応となります。

・ 外来診療日

診療科によっては、予約のない患者さんの診療を行わない日（曜日）があります。受診をご希望の際は、事前にご確認ください。

・ 担当医を指定される場合

患者さんの受診希望日によっては、ご希望に添えない場合がありますことをご了承ください。

お問い合わせ先
福岡大学病院 地域医療連携センター
TEL 092-862-8220（事前予約専用）

診療情報提供書

※ 作成日 年 月 日

福岡大学病院 _____ 科 先生 (担当医を当院にお任せいただける場合は未記入) ※上記医師への事前の診療依頼の有無 ☐ あり ☐ なし	紹介元医療機関の所在地及び名称 診療科名 医師氏名 印 電話 () — FAX () —
---	---

受診 希望日	第1希望 年 月 日 []
	第2希望 年 月 日 []

患者基本情報

※ 福岡大学病院受診歴 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明	
---	--

受診歴有の場合、福岡大学病院の登録番号が分かればご記入ください。 ⇒

0			—					—	
---	--	--	---	--	--	--	--	---	--

フリガナ 患者氏名	☐ 男 ☐ 女 (旧姓:)	生年 月 日 (大・昭・平・令) または西暦	年 月 日生 才
住 所	〒 — 都 道 市 区 府 県 郡 町	自宅電話 () — 携帯電話 () —	

傷病名・紹介目的(傷病名は日本語をお願いします)

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過等

現在の処方内容

備考(禁忌・薬物アレルギー等)

備考: 放射線画像及び検査の結果等がございましたらご持参ください。

診療情報提供書

※ 作成日 年 月 日

福岡大学病院 _____ 科 先生	紹介元医療機関の所在地及び名称
(担当医を当院にお任せいただける場合は未記入) ※上記医師への事前の診療依頼の有無 ☐ あり ☐ なし	診療科名 医師氏名 印 電話 () — FAX () —

受診希望日	第1希望 年 月 日 []
	第2希望 年 月 日 []

患者基本情報

※ 福岡大学病院受診歴 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明											
受診歴有の場合、福岡大学病院の登録番号が分かればご記入ください。 ⇒		0			—					—	
フリガナ	☐ 男 ☐ 女	生年 月 日	(大・昭・平・令) または西暦		年 月 日生		才				
患者氏名	(旧姓:)	職 業									
住 所	〒 —		自宅電話 () —								
			携帯電話 () —								
	都 道 市 区 府 県 郡 町										

傷病名・紹介目的 (傷病名は日本語をお願いします)

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過等

現在の処方内容

備考 (禁忌・薬物アレルギー等)

備考：放射線画像及び検査の結果等がございましたらご持参ください。