

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		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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 []	【 ※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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	(大・昭・平・令) または西暦
患者氏名	(旧姓:)	職業	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》

- ・ FAX 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	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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 _____ 府県 _____ 郡 町	携帯電話 () -

傷病名・紹介目的 (傷病名は日本語でお願いします)

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 (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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	〒 - 都 道 市 区 府 県 郡 町	自宅電話 () - 携帯電話 () -	

傷病名・紹介目的 (傷病名は日本語でお願いします)

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。