

## － 診 療 の 場 合 －

- ① 本診療情報提供書に必要事項をご記入の上、FAXして下さい。

**FAX** 0120-846-112 

※ カルテを事前に作成いたします。  
(待ち時間短縮など患者様の受け入れをスムーズに行うため。)

- ② 本診療情報提供書は病院提出用として患者様にお渡し下さい。

## － 検 査 予 約 の 場 合 －

- ③ まずはお電話にて、ご予約をお願いいたします。

**代表** 092-608-0001

MRI受付 (内線 1165) 放射線受付 (内線 1159)

電話受付時間 9:00～17:00

※上記以外は、担当者が不在となります。

- ④ 予約日時を確定いたします。
- ⑤ 上記①と同様をお願いいたします。
- ⑥ 本診療情報提供書は病院提出用として患者様にお渡し下さい。

社会医療法人財団 池友会

福 岡 和 白 病 院

福岡市東区和白丘2丁目2-75

# 診療情報提供書

年 月 日

社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院	紹介元医療機関
科 医師	医師名
	電話番号 - -

(フリガナ)		男	生年 月日	M	T	S	H	R
患者氏名		女		年	月	日	(	歳)

住所	〒 -	電話番号	-	-
----	-----	------	---	---

傷病名	
-----	--

紹介目的	診察依頼 入院 外来	検査依頼 MRI CT RI
------	---------------	-------------------

検査予約日時	月 日 午前 午後 時 分
--------	---------------

検査部位	頭部	頸椎	胸椎	腰椎	( ) 関節	心臓	胸部
	( ) 腹部	骨盤腔	その他 ( )	RI ( シンチ)			

1. 既往歴	喘息： 有 無	アレルギー： 有 無
2. 症状経過		
3. 処方		
4. 備考		

保 険	保険者番号		本人
	記号・番号		家族
公 費	保険者番号		
	記号・番号		

福岡和白病院 092-608-0001 (代表)  
FAX 0120-846-112  
092-608-0233

必要事項をご記入の上、福岡和白病院へFAXして下さい。  
原本は必ず患者様にお持ち下さい。