

# 診療情報提供書

年 月 日

国立病院機構熊本医療センター  
科宛  
( 医師)

病院名  
医師名  
御住所  
電話番号  
FAX番号 送信者

ふりがな		身長・体重	御住所
氏名	男 女	cm	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日( 歳)	kg	電話番号 ( )
保険者番号		公費負担者番号	
被保険者証の記号番号		公費負担者受給者番号	
被保険者との続柄	本人・家族	公費負担割合	
ご受診予定日	年 月 日( 曜日)	時 分	一般外来 救急外来
来院方法	救急車・病院車・その他( )	TEL予約	済・未
傷病名・ご紹介目的		当院受診歴	有・無 ID( )
既往歴及び家族歴			
症状経過・治療経過及び検査結果			
現在の処方及び備考(禁忌薬・アレルギー等)			

## 備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。