福岡市民病院　地域医療連携室行

申込日（FAX送信日）：　令和　　年　　月　　日

FAX　092-632-3431

診療受付時間　月～金　8:30～11:00

診療申込書

希望する診療科にチェックを入れてください

☐ 肝臓内科　☐ 血管外科
☐ 肝臓外科　☐ 整形外科
☐ 消化管内科　☐ 循環器内科
☐ 消化管外科　☐ 脳神経内科
☐ 糖尿病内科　☐ 脳神経外科
☐ 腎臓内科　☐ 眼科
☐ 感染症内科　☐ 放射線科
☐ 膠原病内科　☐ 救急科

紹介元医療機関

医療機関名：
住　　所：
診療科名：
医　師　名：
電話番号：
ＦＡＸ番号：
担当者名：

先生

本院の担当医師への事前連絡状況	☐ 無　☐ 有

福岡市民病院受診歴	☐ 有　ID（診察券の番号）が分かる場合　（　　） ☐ 無　☐ 不明		
フリガナ		性　別	☐ 男性　☐ 女性
患者氏名		生年月日	☐ T ☐ S ☐ H ☐ R 年　月　日（　　）歳
依頼項目	☐ 外来受診	受診希望日 月　日	
紹介目的傷病名等	☐ 別紙のとおり（お急ぎの場合は、下記の欄に直接ご記入頂いても結構です。）		

※本紙と一緒に「診療情報提供書」のFAXをお願いします。

〒812-0046
福岡市博多区吉塚本町13番1号
地方独立行政法人福岡市立病院機構
福岡市民病院　地域医療連携室
TEL 092-632-3430
FAX 092-632-3431
（受付時間　平日8:30～17:00）