

診療情報提供書（紹介状）

No.1 FAX及び患者様持参用

年 月 日

別府医療センター 科宛

担当希望医師 先生

貴医療機関名	
住 所	〒
電 話 番 号	
医 師 氏 名	印

フリガナ 患者氏名	名 字		名 前				男 ・ 女	生 年 月 日	年 齢
	大	昭	平	令	年	月		日	歳
患者住所	〒							TEL	—

保 険 区 分	<input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他()							
保 険 番 号							記号	番号
公 費 番 号							受給者番号	

一部負担金の割合 割

紹 介 目 的	<input type="checkbox"/> 診 察 <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 検 査 ()	来院予定日	医師への連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
		来 院 方 法	年 月 日 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 病院車 <input type="checkbox"/> 一般車・他
傷 病 名			
症状経過等			
現在の処方			
備 考			

※ 必要がある場合は別紙に記載し添付して下さい。

開放型病床
登録医の先生へ

開放型病床利用 (開放型病床を利用される場合✓を記入して下さい)