

診療情報提供書

国立病院機構 愛媛医療センター

担当医 科 殿 平成 年 月 日

希望に○	外来受診・入院	住 所
該当に○	緊急性：有・無	医療機関名
第1希望日： 月 日		医 師 名
第2希望日： 月 日		電 話 - -
希望日なし		FAX - -

紹介患者	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年 齢	歳	性 別	男・女
	住 所	〒				
	電話番号	() -	当院受診歴	あり・なし		
傷 病 名						
紹 介 目 的						
既往歴及び家族歴						
症状経過及び治療経過						
現在の処方						

保 険 情 報		入院依頼時はベッド調整のため、下記に○を付けて下さい	
保険者番号		点滴	あり なし
記号・番号		酸素吸入	あり(L) なし
被保険者氏名		食事	形態()
費 用 区 分	本人・家族	移動	ストレッチャー・車椅子・歩行可
負担割合	1割・2割・3割	排泄	オムツ・パルン・ポータブル・トイレ
公費負担者番号		認知症	あり・なし
公費受給者番号		会話	出来る・出来ない

この診療情報提供書に記載されている個人情報、紹介目的の為に使用し、他の目的には利用しません。