

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 令和 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・令 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。