

【診 療 依 頼 書】

平成 年 月 日

〒960-8530

福島市入江町11-31

総合病院 福島赤十字病院

電 話 (代表) 024-534-6101

(地域医療連携室直通) 024-526-3853

(FAX) 024-526-3854

《紹介元医療機関》

医療機関名

医師名

所在地

科

TEL・FAX

医師

| | | |
|-------------------------|----------------------|----------------------------|
| ふりがな 患者氏名 | 性 別 M・F | 生 年 月 日 M・T・S・H 年 月 日 才 |
| 住 所 | TEL | |
| 現 在：在宅・入院中・施設入所中（施設名： ） | | |
| 貴院で治療中の傷病名 | | |
| 紹介目的および患者情報（ 入院 ・ 外来 ） | | |
| ① 担当医との電話連絡： 未 ・ 済 | ④来院方法：救急車（自治体・貴院・民間） | |
| ② 緊急性の有無： 有 ・ 無 | 介護タクシー・自家用車 | |
| ③ 当院の受診歴： 有 ・ 無 ・ 不明 | 施設の車 | |

| | | | |
|-----------|--------------------------------|---------|-------|
| 保険番号 | 公費番号（後期高齢者・特定疾患・乳幼児・生保・重度・その他） | | |
| 記号・番号 | | | |
| 被保険者名 | 受給者番号 | | |
| 事業所名 | 負担割合 | 割 | |
| 受診希望日 月 日 | AM | 資格取得年月日 | 年 月 日 |
| | PM | 有効期限 | 年 月 日 |

※受診日をお知らせいただきますと、事前にカルテを準備しておきます。

※患者さまには「診療情報提供書」・「保険証・受給者証」をご持参いただきますよう、お伝えください。