

患者情報書

令和 年 月 日発行

患者様ご記入欄													
フリガナ						ご連絡先							
氏名						— () —							
生年月日	M	T	S	H	R	年	月	日	歳	性別	男	・	女
住所													
保険者	主保険					公費等							
記号番号						本人							
						家族	負担割合		1割・2割				
有効期限	令和 年 月 日					令和 年 月 日							

紹介元医療機関ご記入欄									
紹介先病院	独立行政法人国立病院機構 小倉医療センター 宛					FAX番号	093-921-8892		
受診希望科						受診歴	有・無		
	科					年	月頃	科を受診	
紹介目的	診断・治療・検査・入院					の為			
連絡事項	診断名・主訴・症状・その他								
	受診希望日					希望担当医師			
	令和	年	月	日	先生				
紹介元医療機関・医師名					TEL&FAX				

独立行政法人国立病院機構小倉医療センター 地域医療連携室
TEL 093-921-8881(内線331)
FAX 093-921-8892(連携室専用)

【診療受付時間 8:30~11:00】

救急患者様のご依頼や土・日・祝祭日の診療のご依頼は
代表電話(093-921-8881)へご連絡をお願いします。