

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。