

患者 情 報 書

令和 6 年 10 月 1 日発信

| 患者様ご記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---------------------------|---|---|---|----------------------|---------|---|------------|---|-------|---|---|---|---|---|
| フリガナ | コクラ ハナコ | | | | ご連絡先 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 小倉 花子 | | | | 012 - (345) - 6789 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | M・T S ・H・R 39年1月1日 | | | | 60歳 | 性別 | 男 | ・ 女 | | | | | | | |
| 住所 | 福岡県北九州市小倉南区春ヶ丘1-1-1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者 | 主 保 険 | | | | 公 費 等 | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 記号番号 | 012 34567890 012 | | | | 本人 家族 | 1234567 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 負担割合 | | | | 1割・2割 | | | | | |
| 有効期限 | 令和 7 年 10 月 1 日 | | | | 令和 7 年 6 月 1 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 放射線 科 | | | | 受診歴 | (有) ・無 | | | |
| | | | | 令和 6 年 8 月頃 内科を受診 | | | | |
| 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 例) 乳がん部分切除術後、術後残存乳房に対する放射線治療依頼 | | | | | | | |
| | 受診希望日 | | 希望担当医師 | | | | | |
| 令和 6 年 11 月 1 日 | | 小倉 太郎 先生 | | | | | | |
| 紹介元医療機関・医師名 | | TEL & FAX | | | | | | |
| 小倉総合病院 | | TEL 012-345-6789 FAX 012-345-6789 | | | | | | |

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。