

国立病院機構
小倉医療センター

開放型病床共同診療依頼書

年 月 日

患者情報										
フリガナ						ご連絡先				
氏名						— () —				
生年月日	M	T	S	H	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	平成 年 月 日					平成 年 月 日				

共同診療依頼内容	
希望診療内容	1. 共同診療 2. セミオープン
傷病名(主訴)	
連絡事項	
入院希望日	希望担当医師
平成 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

救急患者様のご依頼、17時15分以降、土・日・祝祭日は
代表電話(093-921-8881)へご連絡をお願いします。