FAXによる受診・入院申込書

診 療 情 報 提 供 書

国立病院機構 愛媛病院　　平成　　年　　月　　日

担当医　　科　　殿

外来受診 ・ 入院
第1希望日:　　月　　日
第2希望日:　　月　　日

住　所
医療機関名
医 師 名
電 話 （　　） ー
FAX （　　） ー

紹介患者	フリガナ					
	氏　名					
	生年月日	明・大・昭・平　年　月　日	年 齢	歳	性 別	男・女
	住　所	〒				
	電話番号	（　　） ー	当院受診歴		あり ・ なし	
傷 病 名						
紹 介 目 的						
既往歴及び家族歴						
症状経過及び治療経過						
現在の処方						

保 険 情 報	
保険者番号	
記号・番号	
被保険者氏名	
費 用 区 分	本人 ・ 家族
公費等記号番号	
老人保健番号	

入院依頼時はベッド調整のため、下記に○を付けて下さい

点滴	あり　なし	食事形態
酸素吸入	あり（　　L） なし	（　　）
移動	ｽﾄﾚｯﾁｬｰ ・ 車椅子 ・ 歩行可	
排泄	ｵﾑﾂ ・ ﾊﾞﾙﾝ ・ ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ ・ 歩行可	
認知症	あり ・ なし	
会話	出来る ・ 出来ない	

この診療情報提供書に記載されている個人情報は、紹介目的の為に使用し、他の目的には利用しません。

国立病院機構　愛媛病院　地域医療連携室　FAX （089） 990－1896