

# 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

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		年 齡	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		ベット確保の為入院依頼の時は下記に○を付けて下さい		
保険者番号		医療・処置	点滴	あり・なし
記号・番号			酸素吸入	あり・なし
被保険者氏名		患者状況	移動	ストレッチャー・車椅子・歩行
費用区分	本人・家族		排泄	ベット上・ポータブル・歩行
公費等記号番号			認知症	あり・なし
老人保健番号			会話	出来る・出来ない

この診療提供書に記載されている個人情報、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病診連携室担当者 宛 FAX (089) 990-1896