

(様式5)

開放病床入院届出書(診療情報提供書)

年 月 日

広島赤十字・原爆病院長 様
 FAX 082-504-7576
 (地域医療連携課直通)
 TEL 082-241-3111
 (内線 3211)

| | |
|-------|---|
| 登録医住所 | 印 |
| 医療機関名 | |
| 登録医氏名 | |
| 電話 | |
| FAX | |

| | | | | | | | | |
|------|----------------------|----|-----|------|--------------|---|---|---|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | M・T・S H・R | 年 | 月 | 日 |
| 患者氏名 | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒(-) | | | 電話番号 | () - | | | |

| |
|------------|
| 傷病名 |
| 紹介目的 |
| 既往歴及び家族歴 |
| 病状経過及び検査結果 |
| 治療経過 |
| 現在の処方 |
| 備考 |

| | | | | |
|--------|-------|-------|-------|-------|
| 保険情報 | 保険者番号 | 記号 | 番号 | 有効期限 |
| 被保険者証 | 被保険者 | 続柄 | 保険者 | 事業所 |
| 公費医療証 | 負担者番号 | 受給者番号 | 負担者番号 | 受給者番号 |
| | 有効期限 | 負担割合 | 有効期限 | 負担割合 |
| 原爆被爆情報 | 被爆地 | 号級 | 距離 | 入市日 |
| | | | km | 年 月 日 |