(様式4)

開放病床利用届出書

北九州市立医療センター 医療連携室 行
(FAX : 093-533-8718)

年 月 日

(ご依頼医師)

医療機関所在地 _____

医療機関名称 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

医師氏名 _____

■患者情報

フリガナ		生年月日	性	男・女
患者氏名		年 月 日	別	
住所		電話番号		

■保険情報

保険者番号									
被保険者証 記号・番号						本人・家族 続柄 ()	負担割合	1割・3割	
資格取得			年 月 日	有効期限			年 月 日		

■内容

紹介目的	開放病床利用による入院								
希望診療科									
症状経過 及び 治療経過	(傷病名・既往歴及び症状経過・検査結果等、簡単にご記入ください。)								
受診希望日	第1希望 月 日 ()				第2希望 月 日 ()				

■備考 (医師への依頼事項等がありましたら、ご記載ください)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

紹介状 (診療情報提供書) は別途必要となります。