

(様式4)

開放病床利用・共同診療(指導)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。