

(様式4)

# 開放病床利用届出書

北九州市立八幡病院 地域医療連携室 行  
(FAX: 093-662-1909)

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						有効期限					

■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 年 月 日 ( )					第2希望 年 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。