大館市立扇田病院 オープンベッド申込FAX専用紙

FAX 0186-55-1028

紹介元医療機関(発信者)

発信日

医院・病院名 _____

年 月 日

医 師 名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

ふりがな		生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
患者氏名		性 別	男 ・ 女

入院希望日時	年 月 日	午前・午後 時頃

病 名	(認知症 有 ・ 無)
入 院 目 的	
同居家族の有無	有り 無し
認 知 症	有り (症状:) 無し
歩 行	自立 見守り 器具使用 ( )

※ 診療情報提供書のFAXもお願いいたします。

これから下は、事務の方にご記入いただければ幸いです。

患者さまの御来院時に速やかに診察するため、予めカルテを作成しておきます。次の項目をご記入ください(貴院のカルテ(患者情報)又は健康保険証のコピーを送信していただいても構いません。)

住 所		電 話	
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費受給者番号	
被保険者氏名	本人・家族	第2公費負担者番号	
資格取得	年 月 日	第2公費受給者番号	
有効期限	年 月 日	老人 1割 ・ 3割	