

# 共同診療病床利用申込書 兼 診療情報提供書

## FAX 0258-28-9060

令和      年      月      日

長岡赤十字病院 宛  
 TEL : 0258-28-3600 (代表)  
 FAX : **0258-28-9060** (連携室直通)  
 申込受付時間 **8 : 30 ~ 16 : 30**

紹介元  
 医療機関名  
 医 師 名  
 TEL :  
 FAX :

ご紹介患者様情報

フリガナ		性 別	当院受診歴
氏 名		男・女	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
生年月日	明・大・昭・平・令      年      月      日	(      歳 )	(旧姓:      )
住 所	〒	電話番号	
		自宅	—      —
		携帯	—      —
記号番号		公費負担者番号	
保険者番号		受給者番号	
被保険者 (本人・家族)	負担割合 (      割)	公費有効期限	年      月      日

傷病名	
既往歴	
家族歴	
症 状 治療経過 検査結果	
現在の処方	
ADL	動作 (自立・一部介助・全介助)      排泄 (自立・一部介助・全介助) 食事 (自立・一部介助・全介助)
添付資料	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波
備 考	