

共同診療病床利用申込書 兼 診療情報提供書
FAX 0258-28-9060

長岡赤十字病院 病診連携室 宛

TEL：0258-28-3600（代表）

受付時間：平日8：30～16：30（FAXは24時間受信可）

※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。
電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

紹介元

医療機関名

診療科

医師名

TEL

FAX

担当者

令和 年 月 日

●患者情報

フリガナ 氏名				性 別	当院受診歴
				男 ・ 女	有 ID番号
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）			無	
※外国人の場合 国 籍		母国語		使用言語	
住 所	〒			電話番号（日中の連絡先）	
				— —	
保険者番号			公費負担者番号		
記号番号			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	☐ X-P ☐ CT ☐ MRI ☐ ECG ☐ 検査 ☐ 内視鏡 ☐ 超音波				
備 考					