

入院依頼書 兼 診療情報提供書 (様式 ①)

社会医療法人 北斗 北斗病院

(開放型病床)

科 先生

(御依頼医師)

住 所

医療機関名

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

フリガナ		生年月日	性	男・女
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日	別	女

傷病名	
紹介目的	開放型病床利用による入院
既往歴 及び 家族歴	
症状経過 及び 検査結果	
治療経過	
現在の 処 方	

●患者様保険情報

住 所 電話番号	〒	TEL	
公費負担番号		保険者番号	資格取得
受給者番号		記号・番号	
事業所		被保険者	続柄
備 考	※その他公費等の有無		