

(様式5)

# 開放病床入院届出書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

広島赤十字・原爆病院長 様

FAX 082-504-7576

(地域医療連携課直通)

TEL 082-241-3111

(内線 3211)

登録医住所
医療機関名
登録医氏名
電話
FAX
印

フリガナ	性別 男・女	生年 M・T	年	月	日
患者氏名		月日 S・H			
〒( )	現住所	電話番号 ( )			
傷病名					
紹介目的					
既往歴及び家族歴					
病状経過及び検査結果					
治療経過					
現在の処方					
備考					
保険情報	保険者番号	記号	番号	有効期限	
被保険者証	被保険者	続柄	保険者	事業所	
公費医療証	負担者番号	受給者番号	負担者番号	受給者番号	
	有効期限	負担割合	有効期限	負担割合	
原爆被爆情報	被爆地	号級	距離	入市日	月 日