

# 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

(病診連携課直通)

TEL      082-241-3111

(内線 3211)

登録医住所	
医療機関名	
登録医氏名	印
電 話	
FAX	

フリガナ ----- 患者氏名	性別 男・女	生年 M・T 月日 S・H      年      月      日
〒(      -      ) 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 被保険者証	保険者番号	記号	番号	有効期限
	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
原爆手帳	第      号	被爆地	距離      km	入市日      日