

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	男・女
患者氏名				
住 所	〒 -	TEL( )	-	

所在地  
医療機関  
電 話 ( ) -  
F A X ( ) -  
医師氏名 印

■保険証 (証を直にFAXでも可)

保険者番号	
記号・番号	
有効期限	年 月 日
被保険者氏名	
被保険者との続柄	

■公費負担医療受給者証 (証を直にFAXでも可)

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	年 月 日

希望入院日時： 月 日( )頃・至急  
開放型病床の利用： (有・無) 必ずご記入下さい。  
登録担当医の業務： < I (主治医) ・ II (副主治医) >  
院内主治医の希望： (有・無) 科 医師

※貴院での算定日をご記入下さい。

月 日	在宅時医学総合管理料
月 日	特定施設入居時等医学総合管理料
月 日	在宅末期医療総合診療料
月 日	後期高齢者診療料

(診療情報提供書)

※別の診療情報提供書を添付される場合、下記の記載は不要ですが、申込書と同時にFAXをお願いします。

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 (検査結果別添付…有・無) 活動状態：自立・寝たきり・車椅子・杖歩行  
 排泄：自立・ポータブルトイレ 特殊治療：有(酸素・IVH 等) 無  
 治療経過 食事：自立・介助 食事内容：( )  
 備考：( )

---

現在の処方

診療情報提供書記入についてのお願い (入院申込書)

1. 保険証・公費負担医療・受給者証等の保険情報につきましては、直接ご記入していただくか、証をコピーもしくは直にFAXしていただくか、いずれかの方法でお知らせ下さい。

**紹介患者さまのカルテを事前に作成いたします。**

2. 開放型病床利用の有無をぜひご記入下さい。

※開放型病床の利用が(有)の場合

登録担当医の業務の I (主治医) 又は II (副主治医) のいずれかをお選び下さい。

※入院時、院内主治医につきましては、開放型病床利用の有無にかかわらず、ご希望がありましたらご記入下さい。

地域医療連携のため、開放型病床のご利用をおすすめします。

3. 診療情報提供書につきましては、お手元の別の診療情報提供書をご利用いただいてもかまいませんが、申込書と同時に事前にFAXしていただくことをお願いします。

【お願い】

- (1)このFAXによる送信は、宛先に記載された方のみによる使用を予定しております。
- (2)通信内容には、秘密情報を含む場合がありますので、宛先以外の者によるこのFAXの情報の使用、配布及び複製を厳格に禁じます。

《送信先》 地域医療連携室 FAX(0761)22-7199