

櫛田病院 病診連携室行き 入院予約患者情報

西暦 年 月 日

FAX/TEL 0246-63-3222

フリガナ
患者氏名

生別	男・女	生年月日	M・T・S H・R	年	月	日	生まれ	歳
患者現住所	〒 - -							
電話番号	- -							

キーパーソン 様 続柄 Tel - -

<診療依頼情報>

傷病名	<診療情報提供書の送付をお願いします>
紹介目的	

地域包括ケア病棟の転院希望	有・無	リハビリ種別	脳血管・運動器・廃用
対象リハビリ開始日	年 月 日	対象リハビリ発症日	年 月 日

<患者情報>

保険者番号		後期高齢者医療 広域連合番号	
記号・番号		被保険者番号	
被保険者区分	本人・家族	給付割合	1割・2割・3割・その他公費
被保険者名	続柄	資格取得年月日	
事業所名称		保険者名称	

・ 特定疾患	: 申請中・未取得・取得済み (
・ 障害者手帳	: 申請中・未取得・取得済み (級 :
・ 介護保険	: 申請中・未取得・取得済み (要支援・要介護 :
・ サービス利用	: なし・あり(
・ 今後の方針	: 自宅・施設(申し込み先 :
・ その他あてはまるものがあれば○をしてください 生活保護 被災者 交通事故のけが 仕事・通勤中のけが その他 (

<紹介元情報>

住所	〒 - -		
医療機関名			
依頼医師名			
TEL	-	-	緊急連絡時(Tel) - -
FAX	-	-	