

## 開放型病床利用申込書（診療情報提供書）

平成 年 月 日

紹介元	医療機関名		
	医師名		
	電話番号		FAX番号／

患者	フリガナ		性別	明石市立市民病院受診歴	有	無
	氏名		男 女	生年 月日	明・大 昭・平	年 月日
	住所					
	電話番号	—	—			

## ●患者さま保険情報

主保険	保険者番号	記号	1 本人 / 2 家族
公費等①	保険者番号	記号	本人負担 割 (円)
公費等②	保険者番号	記号	本人負担 割 (円)

傷病名 主訴など	
紹介目的	開放型病床利用による入院
病状経過 検査結果 治療経過 処方  既往歴	(貴院さまの診療情報書を添付していただければ記入の必要はございません)
備考	

発信者	明石市立市民病院	医療介護連携課
	直通 TEL	078-912-2359
	直通 FAX	078-912-2362