

# 診療情報提供書（紹介状）

No.1 FAX及び患者様持参用

平成 年 月 日

別府医療センター 科宛

担当希望医師 先生

貴医療機関名	
電話番号	
医師氏名	(印)

フリガナ 患者氏名	名 字		名 前		男 ・ 女	生 年 月 日	年 齢
	明・大・昭・平					年 月 日	歳
患者住所	〒 -					TEL	-

保険区分	<input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他( )						
保険番号						記号	番号
公費番号						受給者番号	

老人医療の場合一部負担金の割合 割

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 検査( ) <input type="checkbox"/> 緊急入院	来院予定日	医師への連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
		来院方法	年 月 日 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 病院車 <input type="checkbox"/> 一般車・他

ご紹介の患者様について、貴院において  
 当月又は前月に算定されたもの

- 後期高齢者診療料                       在宅末期医療総合診療料
- 在宅時医学総合管理料                   在宅療養指導管理料
- 特定施設入居時等医学総合管理料

患者様へ交付された診療計画書に、緊急時  
 入院先として当院が記載されているもの

- 後期高齢者診療計画書
- 在宅療養計画書等

傷病名	
症状経過等	
現在の処方	
備考	

※ 必要がある場合は別紙に記載し添付して下さい。

開放型病床  
登録医の先生へ

開放型病床利用  (開放型病床を利用される場合✓を記入して下さい)