

(様式3)

開放病床入院届出書

国立病院機構 呉医療センター 地域医療連携室 御中

年 月 日

〒737-0023

広島県呉市青山町3番1号

TEL 0823-22-3816 [直通]

FAX 0823-32-3070 [直通]

登録医医療

機関の所在地

名称

医師氏名

TEL

FAX

患者情報	フリガナ 氏名	-----											様
	呉医療センター 診察券番号	-----											-
	生年月日	年 月 日											男・女
	郵便番号	〒 -----											
	現住所	-----											
	電話	-----											

★当院診察券をお持ちの方
★当院への受診歴のある方
につきましては
◎「氏名」
◎「生年月日」
◎「診察券番号」
(貴院へ持参されている場合)
のみの記入で結構です

希望診療科	総合内科	腎臓内科	内分泌糖 尿病内科	血液腫瘍 内科	脳神経 内科	呼吸器 内科	消化器 内科	循環器 内科	精神科	小児科	外科	整形外科	脳神経 外科	呼吸器 外科	心臓血 管外科	小児外 科	皮膚科	泌尿器 科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽 喉科	歯科口 腔外科
	希望 医師名	[] 医師 . 指定なし																					
ADL (該当 に○)	移動 (車いす ストレッチャー)											感染症 ()											
	精神 (認知 徘徊)											褥創 (部位:)											

診療情報提供内容 (紹介状は別途必要となります)

傷病名・既往歴及び家族歴・症状経過・検査結果及び治療結果・現在の処方・備考等

※上記以外の診療科希望の場合は記載下さい。

希望入院日

・第1希望 月 日 () ・第2希望 月 日 ()