

(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

平成 年 月 日

〒737-0023

登録医医療機関の所在地

広島県呉市青山町3番1号

名称

TEL 0823-22-3816 [直通]

医師氏名

FAX 0823-32-3070 [直通]

TEL

FAX

フリガナ 氏名	----- 様	
国立病院呉医療センター 診察券番号	-----	
生年月日	明・大・昭・平 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	一般内科	腎臓内科	循環器内科	血液腫瘍内科	神経内科	呼吸器科	消化器科	循環器科	精神科	小児科	外科	乳腺外科	整形外科	形成外科	緩和ケア
	脳神経外科	呼吸器科	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	麻酔科	病理外来	放射線科	放射線診断科

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 (痴呆 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

希望入院日

・第1希望 月 日 () ・第2希望 月 日 ()

