

診 療 情 報 提 供 書

年 月 日

紹介先医療機関

国立病院機構 福島病院

所在地

科 担当医様

医療機関

医師名

⑩

TEL

FAX

受診予定日 年 月 日 AM・PM 時頃

フリガナ			
患者氏名	様		
	(男・女)	(明・大・昭・平)	年 月 日生 (才)
職業	TEL		
傷 病 名			
紹 介 目 的			

※受診日をお知らせいただきますと、事前にカルテ準備・受付・予約可能な科は、予約いたします。

① 緊急の (有・無) ② 入院の希望 (有・無) ③ 福島病院受診歴 (有・無)

(一般疾病 労災 交通事故)

※下記の欄は保険証のコピーまたは貴院のカルテ表紙のコピーを送信して頂いてもかまいません。

公費負担者番号																			
公費受給者番号																			

保 険 者 番 号																			
記 号 ・ 番 号																			
継 続 (有・無)	保険被者との続柄(本人・家族)																		

通信欄

ご 案 内

患者様には、「診療情報提供書」と保険証をご持参の上、来院されますようご指導願います。

国立病院機構福島病院地域医療連携室 電話 0248-75-2279 (直通)
0248-75-2131 (代表)
FAX 0248-75-2569 (直通)