

診療情報提供書

平成 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

印

TEL

FAX

受診予定日 年 月 日 AM・PM 時頃

フリガナ	
患者氏名	様
患者住所 〒	
(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)