

# 転院患者保険情報等連絡票

|             |   |                 |
|-------------|---|-----------------|
| 紹介医療機関住所・名称 | 〒   |                 |
|             | TEL   | FAX             |
| 転院希望日       | 第1希望日   | 平成 年 月 日 ( ) 時頃 |
|             | 第2希望日   | 平成 年 月 日 ( ) 時頃 |
| 希望病床        | 一般病床 ・ 地域包括ケア病床   |                 |
| ADL         | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 (要介護度 ) |                 |
|             | 来院方法  |                 |
| フリガナ        |   |                 |
| 患者氏名        | (男・女)   |                 |
| 生年月日        | 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)  |                 |
| 患者住所        | 〒   |                 |
|             | TEL(自宅)   | (携帯)            |
| 当院受診歴       | あり ・ なし ※ありの場合 ( 年 月頃)  |                 |
| 保険者番号       |   | 保険種別            |
| 記号・番号       | .   | 負担割合 割          |
| 公費負担者番号     |   | (本人・家族)         |
| 受給者番号       |   |                 |
| 諸法関係        | 労災(地公災)・保護医療・交通事故・その他( )  |                 |

医療法人風早会 外科野崎病院 院長 野崎俊一

〒537-0002大阪市東成区深江南2-20-15 TEL06-6971-3506(代) FAX06-6971-3517

地域医療連携室 受付時間 平日9:00~17:30

※FAXは24時間受信しておりますが、受付時間終了後に着信しましたお申込みにつきましては翌日(休日明け)のお取り扱いになりますので、ご了承ください。