

保険者番号									
被保険者・被保険者 手帳の記号番号									
被保険者との続柄	(本人・家族)								

よろしければ保険情報の記載もお願いします。

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									

一部負担金 の割合	
1割	3割

令和 年 月 日

紹介先医療機関名
独立行政法人 指宿医療センター
国立病院機構

医療機関名
所在地

科 先生
・受診予定日： 月 日 ()
・入院希望の (有・無)*

TEL・FAX 時頃
科 医師名 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	男・女
患者氏名			年 月 日 (歳)	
住 所	〒	TEL ()		

診 療 予 約 申 込 書

3枚複写になっております。

独立行政法人
国立病院機構

指宿医療センター

TEL : 0993-22-2231
FAX : 0993-22-2772
<https://ibusuki.hosp.go.jp/>

※入院については、診察のうえで判断させていただきます。緊急入院を要する患者、及び受診後、直入院が予想される患者(重症例等)については、地域医療連携室を介さず当該診療科または医事課に直接御連絡下さい。
(代表 : 0993-22-2231)

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名
独立行政法人 指宿医療センター
国立病院機構

医療機関名

所在地

科 先生

TEL・FAX

・受診予定日： 月 日 ()

時頃

・入院希望の (有・無)*

科 医師名

印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒	TEL	()	
紹介目的	(紹介後の方針に関する希望)			
主訴及び 傷病名				
既往歴 及び 家族歴	薬物アレルギー			
病状経過 治療経過 検査所見				
現在の処方				

持参資料 (無・有……X線フィルム・検査記録・心電図記録)