

# 患者情報書

平成 年 月 日発行

患者様ご記入欄												
フリガナ					ご連絡先							
氏名					— ( ) —							
生年月日	M	T	S	H	年	月	日	歳	性別	男	女	
住所												
保険者	主保険					公費等						
記号番号					本人 家族		負担割合				1割・2割	
有効期限	平成 年 月 日				平成 年 月 日							

紹介元医療機関ご記入欄											
紹介先 病院	独立行政法人国立病院機構 小倉医療センター 宛				FAX番号	093-921-8892					
受診希望科				科	受診歴	有・無					
					年	月頃	科を受診				
紹介目的		診断・治療・検査・入院								の為	
連絡事項	診断名・主訴・症状・その他										
受診希望日					希望担当医師						
平成 年 月 日					先生						
紹介元医療機関・医師名					TEL&FAX						

独立行政法人国立病院機構小倉医療センター 地域医療連携室  
 TEL 093-921-8881(内線331)  
 FAX 093-921-8892(連携室専用)

**【診療受付時間 8:30~11:00】**

救急患者様のご依頼や土・日・祝祭日の診療のご依頼は  
 代表電話(093-921-8881)へご連絡をお願いします。