

地域医療連携ネットワークシステム患者情報送信票

御中

病院（担当： ）

電 話

F A X

この度、システムへの同意を得ましたので、  
以下 患者情報を送信いたします。

フリガナ				男	生 年 月 日			
患者氏名				・	明・大・昭・平			
				女	年	月	日	歳
患者住所								
診療科				主治医	医師			
主病名								

《提携医療機関記載欄》

患者番号									
保険記号番号									
記号				番号					
被保険者氏名									
続柄									
有効	年	月	日	～					
期限	年	月	日						

乳幼児／母子／障害／特定／老人（負担 割）									
公費負担番号									
公費負担 受給者番号									
有効	年	月	日	～					
期限	年	月	日						

高齢者負担割	割
--------	---

乳幼児／母子／障害／特定／老人（負担 割）									
公費負担番号									
公費負担 受給者番号									
有効									
期限									

※太枠必須記載項目