**透析患者紹介用情報シート**

※転院相談患者様が透析を行っている場合、入院情報シートと本シートの記入をお願い致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者様氏名 |  | | |
| 紹介元医療機関名 |  | | |
| 医療保険種類 |  | | |
| 更生医療 | 負担者番号 | 受給者番号 | 負担額 |
|  |  |  |
| 特定疾病療養受給証 | 無　　　・　　　有 | | |
| 限度額認定証 | 無　　　・　　　有（区分：　　　　　　） | | |
| 福祉医療 | 無　　　・　　　有（　1級　/　2級　/　3級　） | | |

上戸町病院　地域連携室