

# 診療情報提供書

年 月 日

地方独立行政法人 広島市立病院機構  
**広島市立広島市民病院**  
 地域医療連携室  
**FAX 082-223-2236**  
 TEL 082-212-3123(直通)  
 TEL 082-221-2291(代表)

紹介元医療機関名称及び所在地	
医師名	印
TEL番号 FAX番号	

★緊急時、即日入院必要時の場合は事前に当該診療科へご連絡頂きますようお願い致します。

患者情報	フリガナ	( 男 ・ 女 )	生	( M ・ T ・ S ・ H ・ R )			
	氏 名	旧姓	年	月	日		
	現住所	〒(                      )					
	★番号は正確に記入をお願いします						
	電話番号	① 自宅 ・ (              ) 携帯 ・ (              )	(              )	-			
	平日8:30~ 17:00に連絡 可能な番号	② 自宅 ・ (              ) 携帯 ・ (              )	(              )	-			
		③ 自宅 ・ (              ) 携帯 ・ (              )	(              )	-			
	連絡方法	(              ) 上記患者 ・ 家族へ	保険者番号				
		(              ) 紹介元医療機関へ	記号・番号				
	受診希望日	第1希望              月              日	有効期限				
	第2希望              月              日	公費番号					

希望診療科	科	指定医師	なし ・ (              ) 医師
-------	---	------	--------------------------

◆紹介目的                      精査 ・ 治療 ・ 手術 ・ 治療方針 ・ セカンドオピニオン

◆傷病名

◆既往歴及び家族歴

◆臨床経過及び検査所見

現在の処方

その他              独歩 ・ 杖歩行 ・ 車イス ・ ストレッチャー ・ 救急車 ・ その他(              )

※ 必要がある場合は画像診断等、検査データをご持参ください。