

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)

紹介元医療機関名称及び所在地

医師名

TEL番号

FAX 番号

【注意】緊急時の場合は、事前に(代表)082-221-2291から当該診療科へご連絡いただきますようお願いいたします

フリガナ	(☐ 男 ☐ 女)		生	(☐ T ☐ S ☐ H ☐ R)	
氏 名	旧姓 ()		年 月 日	(歳)	
現 住 所	〒(-)				
電話番号 平日 8:30~ 17:00に 可能な 番号	優先順に2か所、正確に記入をお願いします。				
	続柄	名前	電話番号		
			☐ 携帯 ☐ 自宅 ☐ 他()	- -	
			☐ 携帯 ☐ 自宅 ☐ 他()	- -	
保険者番号					☐ 本人
記号・番号					☐ 家族
資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日	公費	

連絡先	☐ 上記患者・家族へ	受診希望日 ※希望日がない場合は「いつでもよい」に✓をしてください。	☐ いつでもよい	第1希望	月 日	第2希望	月 日
	☐ 紹介元医療機関へ		都合の悪い日				
希望する診療科	☐ 内科(消化管) ☐ 呼吸器内科 ☐ 整形外科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 乳腺外科 ☐ 内科(肝胆膵) ☐ 呼吸器外科 ☐ リウマチ・膠原病科 ☐ 眼科 ☐ 泌尿器科 ☐ 内分泌内科 ☐ 外科(消化管) ☐ 脳神経外科 ☐ 小児科 ☐ 脳神経内科 ☐ 腎臓内科 ☐ 外科(肝胆膵) ☐ 形成外科 ☐ 小児外科 ☐ 精神科 ☐ 循環器内科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 皮膚科 ☐ 循環器小児科 ☐ その他 ☐ 総合診療科 ☐ 歯科・口腔外科 ☐ 産婦人科 ()						
指定医師	☐ あり ☐ なし 医師名()						
紹介目的	☐ 診療 ☐ 検査 ☐ セカンドオピニオン ※病状の詳細は紹介状記載のうえ提出願います						
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							
ADL	☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ☐ 救急車 ☐ その他 ()						

※ 可能な限り、血液データ、画像診断等、検査データをご持参ください。

※ ご持参いただく画像は、DICOM形式でお願いします。