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）	生年月日	（☐T　☐S　☐H　☐R） 年　月　日 （　歳）
氏　名	旧姓（　）		
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 ☐家族	公費
記号・番号			
資格取得日	年　月　日	有効期限	年　月　日

連絡先	☐上記患者・家族へ ☐紹介元医療機関へ	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
		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）	☐循環器内科	☐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
☐血液内科	☐呼吸器外科	☐皮膚科	☐循環器小児科	☐その他
☐総合診療科	☐心臓血管外科	☐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。

広島市民病院受診のご案内

【予約日時】

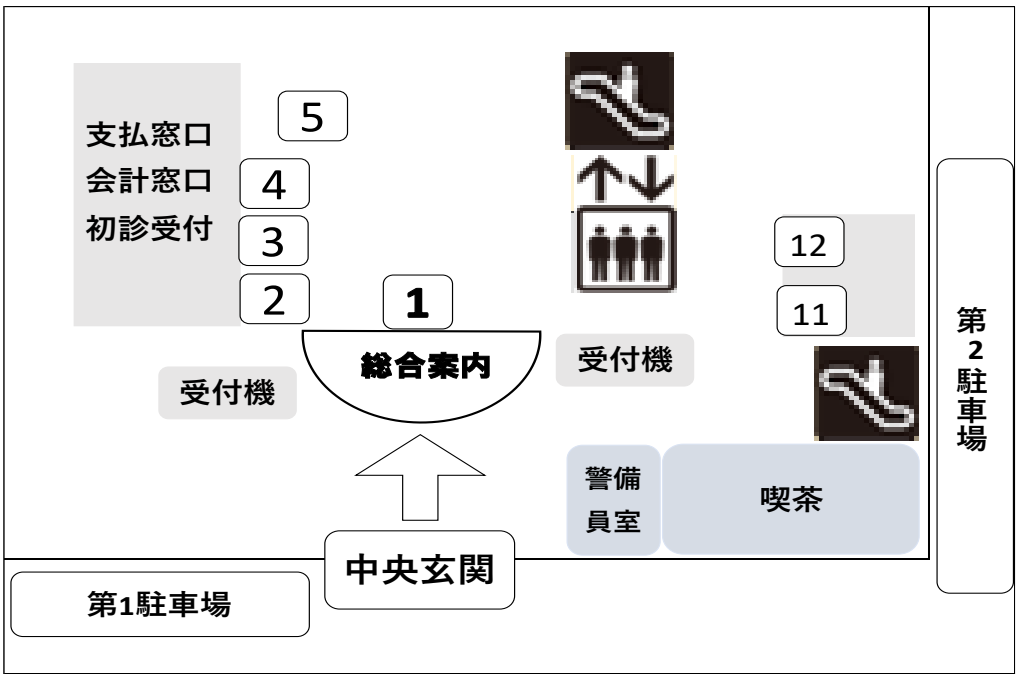
予約日時が決まり次第、連絡をいたします。

【持参物】

- □ 当院の診察券（受診歴がある場合）
- □ お薬手帳（服薬中の薬がわかるもの）
  - ＊皮膚科受診は薬の現物を持参（1回分）
- □ 紹介状（原本）
- □ 検査結果・画像など預かっているもの
- □ マイナンバーカードまたは資格認定証
- □ 被爆者健康手帳・身障者手帳など

【場所】

1階　1番　総合案内　（予約の10分前にお越し下さい）



（注）
駐車場は混み合います。
公共交通機関のご利用にご協力ください。

【注意事項】

- ＊院内ではマスクの装着をお願いします。
- ＊受診時にこの用紙の持参、提出は不要です。

広島市民病院
広島市中区基町7-33
地域医療連携室（初診予約専用）
TEL：082-212-3123（直通）