

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

患 者 情 報	フリガナ	(男 ・ 女)		生	(M ・ T ・ S ・ H ・ R)							
	氏 名	旧姓		年	月 日							
		[]		月	年 月 日							
	現 住 所	〒(-)										
	電話番号 (優先順に)	★番号は正確に記入をお願いします										
	平日 8:30~17:00に 可能な番号	自宅 ・ ()の携帯 ・	()	-								
		自宅 ・ ()の携帯 ・	()	-								
		自宅 ・ ()の携帯 ・	()	-								
	連 絡 先	() 上記患者・家族へ		保険者番号								
		() 紹介元医療機関へ		記号・番号								
		資格取得日								1本人 2.家族 3.従業員		
		有効期限										
受診希望日	第1希望	月	日	公費番号								
	第2希望	月	日									

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いただきますようお願いいたします。

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。