

診療情報提供書

年 月 日

広島市立広島市民病院
地域医療連携室

FAX 082-223-2236

TEL 082-221-2291 (代表)

開放病床登録医の方へ(入院の場合)
開放病床への入院を

・希望する ・希望しない

[希望の場合、この診療情報提供書で開放病床入院届出書に代用致します。]

【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	フリガナ	(男・女)	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏名	旧姓→()			
者	現住所	〒()			
	電話番号	★番号は正確に記入をお願いします			
①自宅・職場・携帯等		()	—		
②自宅・職場・携帯等		()	—		
情	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		
			資格取得日		
報	受診希望日	第1希望 月 日	有効期限	1.本人 2.家族 3.従業員	
		第2希望 月 日	公費番号	1割 3割	

★緊急時・即日入院必要時等の場合は前もって当該診療科の医師にご連絡頂きますようお願い致します。

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

◆ 紹介目的 精査・治療・手術・治療方針

◆ 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 ()

※ 地域医療連携室を通さない場合、保険情報の記載は不要です。

※ 必要がある場合は画像診断のフィルム等、検査の記録をご持参ください。