

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				
	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						
	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							

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。

