

# 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	

フリガナ	( 男 ・ 女 )		生	( T ・ S ・ H ・ R )		
氏 名	旧姓	)	年 月 日	年	月	日
現住所	〒(       -       )					
電話番号	★ 優先順に2か所以上、正確に記入をお願いします。					
平日 8:30~17:00 に可能な番号	続柄	名前	電話種類	電話番号		
			携帯・自宅・他(       )	-	-	
			携帯・自宅・他(       )	-	-	
			携帯・自宅・他(       )	-	-	
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	資格取得日	年 月 日	1.本人	
	第2希望	月 日	有効期限	年 月 日	2.家族	
			公費負担者番号			

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                      診療 ・ 検査 ・ 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			
ADL	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。