

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)	生年月日	(T ・ S ・ H ・ R)
氏名	旧姓	年	月 日

現住所	〒()
-----	---------------------------

電話番号 平日 8:30~17:00に 可能な番号	★ 優先順に2か所以上、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()	- -

連絡先	() 上記患者・家族へ	保険者番号										1. 本人 2. 家族
	() 紹介元医療機関へ	記号・番号										
			資格取得日	年	月	日	有効期限	年	月	日		

受診希望日	第1希望	月 日	公費								
	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 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。