

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			
	() 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。
 ※ ご持参いただく画像は、DICOM形式をお願いします。