

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 | 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() | - | - | | | | | |
| | | 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。