

# 紹介・診療情報提供書

[眼科用]

照会先医療機関名  
〒730-8619  
広島市中区千田町1丁目9番6号

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

**+** 広島赤十字・原爆病院

TEL (082) 241-3111  
FAX (082) 504-7576

紹介元医療機関の所在地及び名称

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 様

所在地  
医療機関名  
電話番号  
F A X

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 ( 歳 ) 職業

傷病名
-----

紹介目的
------

既往歴及び合併症
----------

症状経過
------

現症
R. V. = ( × Day 1. DA ° )      R. T. = mmHg
L. V. = ( × Day 1. DA ° )      L. T. = mmHg

現在の処方
-------

備考
----

備考 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

貴院 発行番号	
------------	--