紹介・診療情報提供書

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

所　在　地
医療機関名
電話番号
ＦＡＸ

担当医　　科　　様

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
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
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。

貴院カルテ番号	