

診療情報提供書(紹介ドナー事前受付用紙)

年 月 日

広島赤十字・原爆病院 地域医療連携課 行
 〒730-8619 広島市中区千田町1丁目9番6号
 TEL 082-241-3111(内線:3211)

FAX 082-504-7576

紹介元医療機関
 名 称
 所 在 地
 電話番号
 医師氏名

※16:30以降受信のFAXは次の日の受付になります。

当院ID

フリガナ										年齢	
ドナー氏名		男	生	大正	年 月 日	年	月	日	—	—	
		女	年	昭和							
現住所	〒(—)										
連絡先	①自宅・職場・携帯・病院		()		—						
	②自宅・職場・携帯・病院		()		—						
受診科	血液内 科			当院受診歴			あり ・ なし				
指定医			無		事前連絡			あり ・ なし			
	※指定医変更不可の場合はチェック <input type="checkbox"/> <small>(状況により担当医が変更することがあります)</small>										
希望日	第1希望	月	日	事前連絡			ありの場合 当院担当者 ()				
	第2希望	月	日								
【紹介目的】(貴院の診療情報提供書をFAXされる場合は以下については記載不要です。)											
HLA検査 ・ 採取前健診 ・ 採取後健診 ・ その他()											
【傷病名】											
造血幹細胞移植血縁ドナー (候補)											
【患者氏名 ・ 続柄】											
氏名:			続柄:								
【検査項目】											
【患者もしくはドナーの治療経過】											
【処方】											
【備考】											

広島赤十字・原爆病院 記入欄	チェック	確認者	受診日	患者連絡	病院連絡