診療情報提供書（紹介患者事前受付用紙）

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

※救急患者・即日入院希望の場合は直接医師にご連絡ください。

※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		男	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年　月　日	年齢
氏名		女				
現住所	〒（　　ー　　） 〈職業〉					
連絡先	①自宅・職場・携帯・病院・施設	（　　）　　—				
	②自宅・職場・携帯・病院・施設	（　　）　　—				
受診科	科	保険者番号				
		記号・番号(枝番)			割	
指定医	無	有効期限　本人　・　家族				
		公費番号				
	※指定医変更不可の場合はチェック □ （状況・疾患により担当医が変更することがあります）					
		公費番号				
希望日	第1希望　月　日					
	第2希望　月　日					
来院手段	独歩　車いす　リクライニング　ストレッチャー　救急車					

【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。）

【傷病名】

【既往歴及び家族歴】

【症状経過及び検査所見】

【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