

# 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**

※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。

紹介元医療機関 名称 所在地 電話番号 医師氏名
--------------------------------------

フリガナ							男	生	大正	年 月 日			年齢
氏名							女	年	昭和				
現住所	〒(      -      )												
	<職業>												
連絡先	①自宅・職場・携帯・病院・施設	(      )	—	【続柄:      】									
	②自宅・職場・携帯・病院・施設	(      )	—	【続柄:      】									
受診科	科		保険者番号										割
			記号・番号(枝番)										
指定医	無		有効期限		本人 ・ 家族								
			公費番号										
(状況・疾患により担当医が変更することがあります)													
希望日	第1希望	月	日	公費番号									
	第2希望	月	日										
	第3希望	月	日										
移動方法	独歩 ・ 車いす ・ リクライニング ・ ストレッチャー												
来院方法	救急車 ・ 介護タクシー ・ 自家用車や交通機関等												
当日入院希望	あり ・ なし												
【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						