

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					年齢
氏名			女	年	昭和	年	月	日		
現住所	〒(—)									
連絡先	①自宅・職場・携帯・病院・施設 () — 【続柄: 】									
連絡先	②自宅・職場・携帯・病院・施設 () — 【続柄: 】									
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						
	(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	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			