

診療情報提供書(紹介患者事前受付用紙)

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)

年 月 日

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る
場合があります。

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 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成 令 和	年 月 日		
氏名							女					
現住所	〒(-)						職	業				
連絡先	①自宅・職場・携帯・病院		()			—						
	①自宅・職場・携帯・病院		()			—						
受診科	科					保険者番号						
						記号・番号						
指定医						資格取得日					1.本人	
						有効期限					2.家族	
						被保険者						
希望日	第1希望	月	日									
	第2希望	月	日									
	第3希望	月	日									
公費番号												
公費番号												
公費番号												

【紹介目的】

【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】

【来院手段】 独歩可 杖歩行 車いす 救急車

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