

診療情報提供書(紹介状)

平成 年 月 日

紹介先：広島市立舟入市民病院		紹介元医療機関		
診療科		所在地		
担当医		医療機関名		
舟入市民病院医療支援室		医師名		
TEL	082-232-6123	TEL		
FAX	082-232-6125	FAX		
ふりがな		性別	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名		男・女		年 月 日生(歳)
郵便番号	〒 -			
住所				
電話	() -	携帯	- -	
傷病名				
紹介目的	外来受診 ・ 検査 ・ 入院 ・ その他()			
希望日	本日・予約 (第1希望:平成 年 月 日)(第2希望:平成 年 月 日)			
既往歴				
経過・所見				
処方				

※ご記入いただいた個人情報は、医療の提供の目的にのみ利用します