

診療情報提供書(紹介状)

入院・緊急な診察に関するご相談は、ご紹介医様から当院代表(082-232-6195)へご連絡ください。

担当医にお繋ぎしますので、医師と直接ご相談ください。

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		大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	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: 年 月 日)(第2希望: 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