

診療情報提供書（紹介状）

緊急の場合や当日の入院に関するご相談は、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

広島市立舟入市民病院 医療連携室 行	
診療科	
担当医	
T E L	082-232-6123
F A X	082-232-6125

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
医師名	
T E L	
F A X	

ふりがな			性別	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
患者氏名			男・女		
住 所	〒 —				
電話番号 9:00~17:00に 連絡可能な番号	続柄	名前			電話番号
			携帯・自宅・他（ ）		
			携帯・自宅・他（ ）		
受診希望日	① 月 日（ ）【□午前 □午後】 ② 月 日（ ）【□午前 □午後】				
	③ いつでもよい				

《傷病名・紹介目的・既往歴・症状経過・備考》（□ 以下について別紙、紹介状をご参照ください）

※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