

# 診療情報提供書(紹介状) 診療情報提供書2枚目

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	
希望診療科		住所	
希望担当医		医療機関名	
医療支援室ファックス番号		医師名	
<b>082-232-6125</b>		電話	
電話番号 082(232)6123		FAX	

患者氏名		男 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
住所				
電話		職業		
FAX				
傷病名	[臨床診断(疑い含む)を記入してください]			
紹介目的	[精査・治療・入院・手術・検査・その他を記入してください]			
既往歴 家族歴	[既往歴・家族歴を記入して下さい]			
[臨床経過・検査所見・処方などを記入して下さい]				