

# 診療情報提供書(ファックス送信用) 診療情報提供書1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	
		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、症状など簡単に記入してください]			
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]			

## お願い

患者様を当院へご紹介いただく場合は「医療支援室」に御連絡ください。または、従来通り直接担当医に御連絡いただいても結構です。医療支援室に御連絡がありましたものは、事前受付を行い、患者様には、予約により来院していただく等の配慮をしております。

事前受付に際しまして、診療情報提供書1枚目(ファックス送信用)を当院医療支援室に送信してください。医療支援室にて、患者様と診察日の調整・設定を行います。この際患者様の保険情報を伺わせていただきます。(患者様の保険情報が誤って外部に漏れるのを防ぐため、FAXには記載していただかないよう配慮しました。) 確認用として「紹介患者受付確認票」をご返送いたします。

受診に際しましては、診療情報提供書2枚目(紹介状)及び保険証を持参していただくよう説明をお願いします。紹介患者様が受診されましたら「紹介患者受診報告書」にてご連絡します。

広島市立舟入市民病院 医療支援室  
電話 082(232)6123

Fax 082(232) - 6125