

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	
診療科	
担当医	
舟入市民病院医療支援室	
TEL	082-232-6123
FAX	082-232-6125

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
医師名	
TEL	
FAX	

ふりがな		性別		明・大・昭・平
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: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