

紹介状 ・ 診療情報提供書(予約申込書)

FAX 082-815-5691

平成 年 月 日

(受付時間 平日8:30~16:40)

<依頼医療機関>

広島市立安佐市民病院 医療連携室

住所

〒731-0293

名称

広島市安佐北区可部南2-1-1

医師氏名

TEL 082-815-5211(3250)

電話番号 () -

FAX番号 () -

ふりがな		住所	
氏名	様 男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(満才)	電話番号	() -
安佐市民病院受診歴 有(ID番号) ・ 無			

診療希望			
()科	希 望 日	1. 平成 年 月 日 (曜日)	
指定医 <ご希望があれば記入してください>		2. 平成 年 月 日 (曜日)	
()医師		3. 特に希望なし	

検査希望			
検査名()	希 望 日	1. 平成 年 月 日 (曜日)	
		2. 平成 年 月 日 (曜日)	
		3. 特に希望なし	

紹介目的	1. 診療 2. 検査 3. その他()
主訴又は疾病名	
既往歴及び家族歴	
病状経過	
治療経過	
現在の処方	
患者の状態等	
要望事項	
留意事項等	