

【広島市立安佐市民病院】

紹介状・診療情報提供書（予約申込書）

令和 年 月 日

FAX 082-815-5691

<依頼医療機関>

（受付時間 平日8:30~16:40）

〒731-0293

住所

広島市安佐北区可部南2-1-1

名称

地域医療連携室

医師氏名

TEL 082-815-1062(直通)

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・令 年 月 日 (満 才)	TEL	( )	-
安佐市民病院受診歴 有 (ID番号 ) ・ 無				

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

紹介目的	1. 一般診療      2. 検査      3. その他( ) <b>* 急患・転院の場合は、事前に紹介診療科・紹介医に連絡をお願いします。</b>
患者の状態	1. 自立   2. 車いす   3. ストレッチャー   4. 酸素使用   5. 人工呼吸器装着   6. 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	

\* ご記入は枠内をお願いします。枠を越えすとFAXに印字されない場合があります。