

【広島市立安佐市民病院】

紹介状 ・ 診療情報提供書(急患用)

※ 事前に紹介診療科・紹介医に連絡をお願いいたします

FAX 082-815-5691

令和 年 月 日

<依頼医療機関>

〒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)	電話番号	() -
安佐市民病院受診歴 有 (ID番号) ・ 無 ・ 不明			
診療科希望	()科 指定医()医師		
紹介目的	1. 救急診療 2. その他()		
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. 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。