

紹介状・診療情報提供書（予約申込書）

年 月 日

FAX 082-815-5691

<紹介元医療機関>

(受付時間 平日8:30~16:45)

〒731-0293

住所

広島市安佐北区亀山南1-2-1

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	男・女		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(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. 年 月 日 (曜日)
指定医 <ご希望があれば記入してください>		2. 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. 年 月 日 (曜日)
		2. 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() * 急患・転院の場合は、事前に医師に連絡をお願いします。
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	