

紹介・診療情報提供書

紹介先医療機関名

〒730-8619

広島市中区千田町1丁目9番6号

広島赤十字・原爆病院

TEL (082) 241-3111

FAX (082) 504-7576

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

所在地

医療機関名

電話番号

F A X

担当医 _____ 科 _____ 様

医師氏名 _____ 印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業
傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

備考 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

貴院
カルテ番号