

# 診療情報提供書(紹介患者事前受付用紙)

広島赤十字・原爆病院 地域医療連携課 行  
〒730-8619 広島市中区千田町1丁目9番6号  
TEL 082-241-3111(内線:3211)

年 月 日

**FAX 082-504-7576**

※救急患者・即日入院希望の場合は直接医師にご連絡ください。

※16:30以降受信のFAXは次の日の受付になる場合があります。

紹介元医療機関  
名称  
所在地  
電話番号  
医師氏名

フリガナ		男	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
氏名		女			
現住所	〒(      -      )				
連絡先	①自宅・職場・携帯・病院	(      )	—		
	①自宅・職場・携帯・病院	(      )	—		
受診科	科	保険者番号			
		記号・番号			
指定医	無	資格取得日			1.本人 2.家族
		有効期限			
希望日	第1希望	月 日	公費番号		割
	第2希望	月 日	公費番号		
	第3希望	月 日	公費番号		
【紹介目的】					
【傷病名】					
【既往歴及び家族歴】					
【症状経過及び検査所見】					
【治療経過】					
【処方】					
【備考】					
【来院手段】      独歩可      杖歩行      車いす      救急車					
広島赤十字・原爆病院 記入欄		チェック	確認者	受診日	患者連絡 病院連絡