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）

FAX　082-504-7576

年　月　日

紹介元医療機関
名　称
所 在 地
電話番号
医師氏名

※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。

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	〒（　　ー　　）		
連絡先	①自宅・職場・携帯	（　　）	―
	①自宅・職場・携帯	（　　）	―

受診科		科	保険者番号		
			記号・番号		
			資格取得日		1.本人 2.家族
指定医		無	有効期限		
			被保険者		
			公費番号		
希望日	第1希望	月　日			1割 ・ 3割
	第2希望	月　日	公費番号		
	第3希望	月　日			

【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】

【処方】

【備考】

【来院手段】　救急車　独歩可　杖歩行　車いす

リクライニング車いす ・ ストレッチャー　※介護タクシーをご利用の際は停車場所確保のため下記にご記入ください

（業者名：　　　　連絡先：　　　　）