

患者紹介状（診療情報提供書）

平成 年 月 日

紹介先：県立広島病院		紹介元医療機関	
診療科名		所在地	
担当医名		医療機関名	
患者総合支援センター（地域連携室）		氏名	①
T E L	082-252-6241	T E L	
F A X	082-252-6240	F A X	

紹介患者情報			
ふりがな		性別	男・女
患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	（ 歳 ）
住 所	〒		
電話番号	(9:00～17:00 に連絡可能な番号)		
当院受診歴	無 ・ 有	(ID)

傷病名及び紹介目的			
傷病名（がん種を記載してください）：		紹介目的：がんゲノム医療	
既往歴			
治療経過及び検査結果			
現在の処方			
受診希望日	① 第一希望	月 日 ()	入院の場合、開放病床を利用する ※開放病床の利用は、登録医の方に限ります
	② 第二希望	月 日 ()	
	③ いつでもよい		利用する ・ 利用しない

◎緊急な診察または即日入院が必要な場合は、当院の担当診療科又は担当医に直接連絡してください。

☎ (082) 254-1818 (代) 担当医 又は 担当診療科 あて

※ご記入いただいた個人情報は、医療の提供の目的にのみ利用します

コピーしてご利用ください