

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	
診療科名	
担当医名	
地域連携センター(地域連携室)	
T E L	082-252-6241
F A X	082-252-6240

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
氏名	(印)
T E L	
F A X	

ふりがな				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 (利用する場合は、□に チェックしてください)		
患者氏名						
住所						
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)	性別	男・女
電話番号	(9:00~17:00に連絡可能な番号)					
県立広島病院受診歴	無	・	有	(ID)	

1. 傷病名及び紹介目的
2. 既往歴
3. 治療経過及び検査結果
4. 現在の処方
5. 受診希望日 ①あり (1) 第1希望: 月 日 (2) 第2希望: 月 日 ②いつでも可
※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。 T E L : 代表 (0 8 2) 2 5 4 - 1 8 1 8 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