

紹介予約申込書 (診療情報提供書)

医科用

※紹介先診療科が歯科・口腔外科の場合は歯科用をご利用ください

令和 年 月 日

紹介先：県立広島病院		紹介元医療機関	
診療科		所在地	
紹介医師		医療機関名	
患者総合支援センター（紹介予約）		医師名	Ⓜ
TEL	082-252-6241	連絡担当者	
FAX	082-252-6240	TEL	
		FAX	

FAX 受診は 24 時間対応しておりますが、16:30 以降に受信した FAX につきましては、翌営業日以降の連絡となります。
緊急な診察または即日入院が必要な場合は、当院の担当診療科に直接連絡してください。

県立広島病院 代表電話番号 (082) 254-1818 当日紹介 翌日以降救急 科 医師に連絡済み

患者情報			
フリガナ (必須)		生年月日 (T ・ S ・ H ・ R) 年 月 日 (歳)	
氏名	(男 ・ 女) 当院受診歴 有・無 旧姓 ()		
住所	〒 (-)		
電話番号	本人 自宅 () - 携帯 () -	家族 続柄 () 他 自宅 () - 携帯 () -	
受診日 連絡先	<input type="checkbox"/> 上記患者・患者家族電話 <input type="checkbox"/> 紹介元医療機関 <input type="checkbox"/> その他 () ※連絡先電話番号は、9:00 ~ 17:00 に連絡のつく番号をご記入ください。		
受診希望日	<input type="checkbox"/> いつでもよい		入院の場合、開放病床 利用する 利用しない
	<input type="checkbox"/> 不可日・不可曜日		
	<input type="checkbox"/> 希望日 第一希望 (月 日) 第二希望 (月 日) 第三希望 (月 日)		

傷病名及び紹介目的 (<input type="checkbox"/> 以下について別紙、紹介状を参照して下さい)
既往歴
治療経過及び検査結果
現在の処方