

診療情報提供書(外来/入院)

令和 年 月 日

安佐医師会病院
FAX (082)815-2371
(受付時間 平日8:30~17:00)
〒731-0223 広島市安佐北区可部南2丁目1-38
地域連携室
TEL (082)555-2956

<依頼医療機関>

住所

名称

医師氏名

電話番号 () -

FAX番号 () -

ふりがな		住所	
氏名	様 男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(満才)	電話番号	() -
安佐医師会病院受診歴 有(ID番号) ・ 無			

外来診療希望		
1. 総合内科 2. 緩和ケア ・指定医 <ご希望があれば記入してください> () 医師	希望日	第一希望 1. 令和 年 月 日 (曜日) 第二希望 2. 令和 年 月 日 (曜日) 3. 特に希望なし

紹介目的	1. 外来 2. 入院
患者の状態	1. 自立 2. 車いす 3. ストレチャー 4. 酸素使用 5. その他()
主訴又は疾病名	
既往歴及び家族歴 病状経過 治療経過 現在の処方	
要望事項 留意事項等	