令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 〒732-0057 | 紹介元医療機関名称等  　　　　〒　　　－  所在地  **医療機関名**  電話番号  FAX番号 | | |
| 広島県広島市東区二葉の里三丁目1番36号 |
| 地方独立行政法人広島県立病院機構  **県立二葉の里病院** |
| 科  先生 |
| 医師氏名 |  | ㊞ |

　紹 介　・　診療情報提供書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 様  （患者番号：　　　　　　　　　　） | 生年  月日 | |  | | 性別 |  |
| 患者現住所 | 〒 | | | | | | |
| 患者連絡先 |  | | 職業 | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【傷病名】 | | |
| 【紹介目的】 | | |
| 【既往歴及び家族歴】 | | |
| 【症状経過及び検査結果】 | | |
| 【治療経過】 | | |
| 【現在の処方】 | | |
| 【備　考】 | | |
| 備考 | １．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  ２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。 |  |

2025.4.1初版