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 |
| 医療法人　**ＪＲ広島病院** |
| 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。 |  |

2024.12.01改訂