紹　介　状　（診療情報提供書）

令和　　年　　月　　日

（紹介先）
〒720-0001　福山市御幸町大字上岩成148-13
公立学校共済組合 中国中央病院
科　　先生

(084)970-2121(代表)

地域連携室 ＴＥＬ（084）970-2284
ＦＡＸ（084）970-2234

（紹介元）
住　所

医療機関名

医師氏名

ＴＥＬ（　　）　－
ＦＡＸ（　　）　－

患者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	生年月日 M・T・S・H・R　年　月　日生 (　歳)
住所 ＴＥＬ	〒　（　　）　－		
傷病名		（全身状態） 寝たきり・車椅子・独歩	
紹介目的	１．受診依頼　２．検査依頼　３．手術依頼　４.入院依頼　５.ｾｶﾝﾄﾞｵﾋﾟﾆｵﾝ（要電話連絡）		
既往歴			

症状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方等

開放病床の利用希望　有・無	HMネットの情報開示カードの発行希望　有・無
感染症	ＨＢ(－・＋)　ＨＣＶ(－・＋)　ＭＲＳＡ(－・＋)　その他（　　）
アレルギー品目	

☆ 受　診　第一希望日　年　月　日（　）午前・午後
　　第二希望日　年　月　日（　）午前・午後

※ 予約状況や休診等の為、ご希望に添えない場合もございます。ご了承下さい。

☆ 外来診療分担表をご確認の上、希望日をご記入ください。

☆ 保険証のコピーをＦＡＸいただければ、診察までの患者様の待ち時間がかなりの短縮となりますので、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

☆ ご不明な点がございましたら、地域連携室までご連絡ください。