

紹介状・診療情報提供書（診察予約申込書）

(FAX) 082-879-1146 紹介 紹介元医療機関名
 広島共立病院 地域医療連携室行き 医師氏名

★ 緊急を要する診療、緊急入院のご紹介について (電話番号)
 は、地域連携室にご連絡をお願いします。 (FAX)
 (直通電話：082-879-1203)

フリガナ			
氏名	様 (男・女)	住所	
生年月日	年 月 日 (満 歳)	電話番号	
共立病院受診歴 有 (ID 番号) ・無			
<input type="checkbox"/> 外来診療・検査等ご希望		<input type="checkbox"/> 入院治療 (当日の緊急入院の場合、地域連携室にご連絡をお願いします)	
() 科 指定医をご希望される場合、ご記入をお願いします。 () 医師		希望日	1. できるだけ早く 2. 特に希望なし 3. 希望日あり ()
予約日時の連絡先に○をしてください	() 紹介元医療機関 () 患者・家族	電話番号	<u>繋がりやすい番号2つご記入ください</u> ① <u>お名前</u> _____ 電話番号 — — ② <u>お名前</u> _____ 電話番号 — —
ご紹介目的			
主訴・疾病名			
既往歴・手術歴			
病状・治療経過 現在の処方など			
ご要望事項 留意事項等			