

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		住所	
氏名	様 (男・女)		
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 又は 希望しない 2. 希望日・曜日指定がある ⇒ ()
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			

① 保 険	保険者番号																		資格取得		
	記号											本人 家族	② 公 費								有限期限
	番号												③ 公 費								資格取得
	資格取得											有限期限								有限期限	
	被保険者											勤務先	高齢者負担割合	1 割	2 割	3 割					