

受診依頼書

年 月 日

〈依頼先〉 〒731-5153 広島市佐伯区倉重1-95 五日市記念病院 (宛先) 地域連携室 F A X 082-924-2215 (地域連携室直通) T E L 082-924-2343 (地域連携室直通)		〈紹介元医療機関〉 住所 名称 (担当) F A X T E L	
ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	年 月 日 (才)
住 所			
電話番号	自宅		当院受診歴 有 ・ 無
	携帯		
希望日	1 : 当日 2 : 後日 ※急患の場合は、事前に医師に連絡をお願いします。		
診療科	脳神経外科 ・ 整形外科 ・ 内科 ・ 循環器内科 ・ 血液内科		

患者の状態	1 : 自立 2 : 車いす 3 : ストレッチャー
-------	--

付添い	1 : 有 () 2 : 無
-----	---

備考
