

記入日 平成 年 月 日

診療情報提供書(初回以降)

広島西医療センター

医療機関名

担当医殿

所在地

FAX0827-57-7701

医師氏名

TEL

患者 氏名	フリガナ	男	〒	—
	明・大・昭 年 月 日	女	連絡先	()

○病名

○ 在宅療養を継続しているか

・している ・していない

○ 患者さんは現在も広島西医療センターへ緊急時入院することを希望のしているか

・希望する ・希望しない

○ 患者さんの入院希望届出書の変更の有無

・あり ・なし

ある場合は内容を記入

[]

○ 特記すべき出来事の有無

・あり ・なし

ある場合は内容を記入

[]