

* 診療情報提供書について

| | |
|--------|---|
| 様式 | 規定様式はありません。(貴院様式でもかまいません。) 各医療機関の診療情報提供書でも結構です。 様式をご希望の場合は当院でご用意しております別紙様式2・3をご使用ください。 当院ホームページからもダウンロードできるようにしております。 |
| 提出方法 | 郵送・FAX・メールいずれも可(記録の残らない電話は不可) |
| 提出先 | 広島西医療センター地域医療連携室 住所 〒738-0696 大竹市玖波4-1-1 TEL 0827-57-7183内線2140 FAX 0827-57-7701 メールアドレス 508-renkei@mail.hosp.go.jp * 様式が必要な場合はご連絡ください。 |
| 提出回数 | 3か月に1回 |
| 入院した場合 | 入院日に定例の提供書とは別に診療情報提供書をお願いします。 |