

Fax Fax

広島大学病院 地域連携宛（診療予約申込以外）

FAX：082-257-5489

<発信元>

貴機関名：

担当者：

TEL：

FAX：

下記のとおり、転送を依頼します。

<転送先>

診療科名：

（ 外来 ・ 病棟 ）

担当医師名等：

担当科への連絡：

済 ・ 未

至急 → 必ず担当科への連絡をお願いします

当日中 → 平日 16:00 までに届いたものは、当日中に転送します

※「至急」にチェックされた場合でも、平日 16:00 以降・土・日・祝日・年末年始の間に受信した FAX は、翌診療日からの対応となります。

<用件>

診療情報提供依頼

診療情報提供依頼に対する返書

その他（

）

<基本情報>

患者氏名（ふりがな）：

生年月日：

明・大・昭・平・令

年

月

日

<その他連絡事項>

()