|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | | | 性別 | 男  女 |
| 患者氏名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治　　大正　　昭和　　平成　　令和  　年　　 　月　 　　 日 | | | | | | | | | |
| 紹介元医療機関名  担当医師名 | 先生 | | | | TEL | |  | | | |
| FAX | |  | | | |
| 診察・検査  希望日 | ・第１希望日　　　　　月　　　　　日 （　　　　）  ・第２希望日　　　　　月　　　　　日 （　　　　） | | | | | | | | | |
| 診察予約 | 内科 | | 外科 | 整形外科 | | | | 麻酔科 | | |
| 眼科 | | 小児科 | 産婦人科 | | | | 神経科 | | |
| 耳鼻科（月曜日午後・木曜日午前のみ） | | | 皮膚科(月・木曜日午前のみ) | | | | | | |
| 脳神経外科（火曜日午前のみ） | | | リハビリテーション科(火曜日午後のみ) | | | | | | |
| 血管外科（第2・4火曜日午後のみ） | | | 泌尿器科（水・金曜日午前のみ） | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ・医師名（指名の場合のみ）：　　　　　　　　　　　　医師 | | | | | | | | | |
| 検査予約 | ＣＴ | 造影剤 ： 要  ・撮影部位：  ※腹部の場合⇒□全腹部　□上腹部　□下腹部 | | | | | | | | |
| ＭＲＩ  MRI  MRA | 造影剤 ： 要  ・撮影部位：  ※腹部の場合⇒ 全腹部　 上腹部　 下腹部 | | | | | | | | |
| ペースメーカー： 有 無 | | | | 人工内耳： 有 無 | | | | |
| 脳動脈クリップ： 有 無 | | | | 可動型義眼： 有 無 | | | | |
| 骨塩定量  (火曜日午後のみ) | 脊椎(腰椎)　 股関節（右 ・ 左） 　 全身  大腿骨（右 ・ 左） | | | | | | | | |
| 心エコー | | | 脳波 | | | | | | |
| 負荷心電図 | | | トレッドミル(水曜日午後のみ) | | | | | | |
| 内服確認 | ・抗凝固薬服用 ： 有 ・ 無  ・糖尿病薬服用 ： 有(経口 ・ 注射) ・ 無 | | | | | | | | | |

必要事項をご記入のうえ、地域連携室までFAX送信お願いします。

公立神崎総合病院　地域連携室直通FAX：0790-32-2364

**地域連携室　直通FAX**

**0790-32-2364**

**【お願い】 診療情報提供書ができましたら、事前にFAXで地域連携室へお送りください。**

**公立神崎総合病院　地域連携室 FAX　０７９０－３２－２３６４**

**TEL ０７９０－３２－２３５４（直通）**