



紹介患者様情報用紙

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名					
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <div style="text-align: center;">年 月 日</div>				
紹介元医療機関名 担当医師名			TEL		
	先生		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	<input type="checkbox"/> 内 科	<input type="checkbox"/> 外 科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 麻 醉 科	
	<input type="checkbox"/> 眼 科	<input type="checkbox"/> 小 児 科	<input type="checkbox"/> 産 婦 人 科	<input type="checkbox"/> 神 経 科	
	<input type="checkbox"/> 耳鼻科(月曜日午後・木曜日午前のみ)		<input type="checkbox"/> 皮 膚 科(月・木曜日午前のみ)		
	<input type="checkbox"/> 脳神経外科(火曜日午前のみ)		<input type="checkbox"/> リハビリテーション科(火曜日午後のみ)		
	<input type="checkbox"/> 血 管 外 科(第2・4火曜日午後のみ)		<input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> 要			
		・撮影部位: _____ ※腹部の場合⇒ <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部			
	□MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA	造影剤 : <input type="checkbox"/> 要			
		・撮影部位: _____ ※腹部の場合⇒ <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部			
		ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		人工内耳: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	脳動脈クリップ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		可動型義眼: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量 (火曜日午後のみ)	<input type="checkbox"/> 脊椎(腰椎)	<input type="checkbox"/> 股関節(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)		<input type="checkbox"/> 全身
<input type="checkbox"/> 大腿骨(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)					
<input type="checkbox"/> 心エコー			<input type="checkbox"/> 脳波		
<input type="checkbox"/> 負荷心電図			<input type="checkbox"/> トレッドミル(水曜日午後のみ)		
内服確認	・抗凝固薬服用 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・糖尿病薬服用 : <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 経口 ・ <input type="checkbox"/> 注射) ・ <input type="checkbox"/> 無				

必要事項をご記入のうえ、地域連携室まで FAX 送信をお願いします。

【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)