

紹介患者様情報用紙

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名					<input type="checkbox"/> 女
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(総合診療)		<input type="checkbox"/> 外科		<input type="checkbox"/> 整形外科
	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 産婦人科		
	<input type="checkbox"/> 麻酔科 (火、木:午前、水:午後)		<input type="checkbox"/> 精神科(神経科) (火、木、金:午前)		
	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 (月:午後 木:午前)		<input type="checkbox"/> 皮膚科 (月、木:午前、火:午後)		
	<input type="checkbox"/> 泌尿器科 (水、金:午前)		<input type="checkbox"/> 脳神経外科 (火:午前)		
	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科 (火:午後)		<input type="checkbox"/> 血管外科 (第2、4火:午後)		
・医師名(指名の場合のみ): _____ 医師					
□検査予約	<input type="checkbox"/> CT		・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		
	<input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> 要				
	<input type="checkbox"/> MRI		・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		
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRA			
	<input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> 要				
<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(□右・□左) <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 大腿骨(□右・□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 (□経口・□注射) ・ <input type="checkbox"/> 無				

必要事項をご記入のうえ、診療情報提供書と併せてFAXで地域連携室へお送りください。

注)造影検査は、ガイドラインに沿い、腎機能の数値等により、検査ができない場合があり、直近3か月以内の血液検査の数値を、確認することがあります。