

ご紹介患者様診療申込票・診療情報提供書

※貴院の紹介状フォーマットをご使用されても問題ございません

年 月 日

福山循環器病院
地域医療連携室
TEL:084-931-1112
FAX:084-929-1140

紹介元医療機関

医師名

TEL

FAX

※FAX番号は必ずご記入ください

センター名	心臓血管外科	医師名	外科 担当医 ・ () 医師
-------	--------	-----	-----------------

ふりがな	性別	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (才)
患者氏名	男・女		
住所	〒		
連絡先	自宅()-()-() 携帯電話()-()-()		
当院受診歴	あり ・ なし ・ 不明	旧姓() ※重複登録防止のため	
第1希望	年 月 日 (曜日)	☐ () 以外	
第2希望	年 月 日 (曜日)	☐ いつでもかまわない	
受診時期	☐ 早めが良い ☐ いつでもかまわない		

※お急ぎでない場合、月曜日の午前の受診予約になります。

◎紹介目的等 ※情報提供書あれば、記載不要です

傷病名	☐ 弁膜症 ☐ 動脈瘤 (胸 ・ 腹 : cm) ☐ 大動脈解離 ☐ 動脈閉塞 ☐ 狭心症 / 心筋梗塞 ☐ 感染性心内膜炎 ☐ シヤント作成 その他()
既往歴	
(紹介理由) ☐ 手術依頼 ☐ 手術適応等、精査依頼 ☐ その他 *簡単に現病歴をご記入ください ()	

◎情報提供していただける検査データ ※レポートがあれば一緒にFAXをお願いします

☐ 採血 ☐ 心エコー ☐ CT ☐ レントゲン ☐ 心電図 ☐ その他()
--

◎現在の処方

☐ お薬手帳を参照 (コピーをFAXお願いします) ☐ 内容 ()
--

(特記事項)

※この予約用紙は、翌日以降の予約希望時に使用してください。

※施行されている検査があれば、データもFAXをお願いします。

【受付時間:月曜日～金曜日 8:30～17:00 時間外のFAXは、翌診療日の対応になります。】

ご紹介頂いた患者さんが受診した後に、当院から診療情報提供書を送付させていただきます。(※ご不要であれば、チェックを入れてください。□)