

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	紹介元医療機関
福山循環器病院 地域医療連携室 TEL:084-931-1112 FAX:084-929-1140			医師名 TEL FAX ※FAX番号は必ずご記入ください

センター名	心不全 センター	医師名	後藤賢治 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、月曜日もしくは金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	☐ 心不全 ☐ 腎不全 ☐ その他()
既往歴	
(紹介理由) ☐ 心不全症状(呼吸苦や浮腫)があり、精査希望 ☐ BNP、NT-proBNP高値など、検査異常の精査 ☐ 心不全の定期的フォロー依頼 ☐ 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	☐ 心電図	☐ 胸部レントゲン	☐ 心エコー	☐ CT
☐ 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。□)