

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	医師名
地域医療連携室	TEL
TEL:084-931-1112	FAX
FAX:084-929-1140	※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)	<input type="checkbox"/> ()以外	
第2希望	年 月 日(曜日)	<input type="checkbox"/> いつでもかまわない	
受診時期	<input type="checkbox"/> 早めが良い <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> CT
<input type="checkbox"/> その他()				

◎現在の処方

<input type="checkbox"/> お薬手帳を参照(コピーをFAXお願いします)
<input type="checkbox"/> 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。】

◎保険情報(事前のカルテ作成・診療準備に必要なため、可能な範囲で結構ですのでご連絡ください)

保険者番号	記号・番号	有効期限	負担割合
被保険者名	続柄	本人・家族	公費負担者番号
			受給者番号