

# 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
患者氏名	男・女		年 月 日( 才)

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
------	---

※お急ぎでない場合の受診予約は、月曜日・火曜日・金曜日いずれかの午前になります。

◎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をお願いします)
<input type="checkbox"/> 内容
<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>

(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。□)