

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) <input type="checkbox"/> 心不全症状(呼吸苦や浮腫)があり、精査希望 <input type="checkbox"/> BNP、NT-proBNP高値など、検査異常の精査 <input type="checkbox"/> 心不全の定期的フォロー依頼 <input type="checkbox"/> 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。】

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。□)