

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 低侵襲治療 センター 医師名 佐藤克政 医師・三浦勝也 医師(僧帽弁)

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・木曜日(僧帽弁は金曜日)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"/> 大動脈弁狭窄症 <input type="checkbox"/> 僧帽弁閉鎖不全症 <input type="checkbox"/> WATCHMAN <input type="checkbox"/> その他()
既往歴	
(紹介理由) <input type="checkbox"/> 心雑音がある <input type="checkbox"/> 弁膜症の程度が、中等度～重症で加療依頼 <input type="checkbox"/> 心房細動があるが、抗凝固内服が困難である <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。□)