

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 年 月 日(才)
患者氏名	男・女		
住所	〒		
連絡先	自宅()ー()ー() 携帯電話()ー()ー()		
当院受診歴	あり ・ なし ・ 不明	旧姓()	※重複登録防止のため
患者さんの状況	☐ 現在外来で返事を待っている ☐ 帰宅済み ☐ 入院中		
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、木曜日(僧帽弁は金曜日)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	☐ 大動脈弁狭窄症 ☐ 僧帽弁閉鎖不全症 ☐ WATCHMAN ☐ その他()
既往歴	
(紹介理由) ☐ 心雑音がある ☐ 弁膜症の程度が、中等度～重症で加療依頼 ☐ 心房細動があるが、抗凝固内服が困難である ☐ 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。□)