

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	心臓血管外科	医師名	外科 担当医 ・ () 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"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 動脈瘤 (胸・腹 : cm) <input type="checkbox"/> 大動脈解離 <input type="checkbox"/> 動脈閉塞
	<input type="checkbox"/> 狭心症 / 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎 <input type="checkbox"/> シャント作成 その他()
既往歴	
(紹介理由) <input type="checkbox"/> 手術依頼 <input type="checkbox"/> 手術適応等、精査依頼 <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"/> 心エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図
<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