

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) □()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。】

◎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