

必要事項をご記入の上FAXしてください。この提供書は貴院控えとしてください

FAX の送信は平日 8:30~16:30 にお願い致します。
受付時間以降の FAX は翌日の対応となりますのでご了承ください。
緊急の場合はこの限りではありません。緊急の場合や当日の受診を希望される場合は、お電話にてご相談ください。

患者情報連絡票

令和 年 月 日

医療法人社団清永会 矢吹病院

地域医療連携室 宛

TEL:023-682-8566

FAX(予約専用):023-682-8534

医療機関名

医師名

電話番号

FAX 番号

◇患者情報

フリガナ:	性別	生年月日(西暦)		
患者氏名:	男・女	年	月	日(歳)
住所:	電話番号:() -			
当院受診歴(有・無・不明)	受診時の状況: 入院中・外来通院中			

◇受診希望科 (受診を希望する診療科を□してください)

<input type="checkbox"/> 腎臓内科 (月・火・水・木・金) ※月・金は午前のみ	<input type="checkbox"/> 循環器内科 (月・木)	<input type="checkbox"/> 消化器内科 (月・水・金)	<input type="checkbox"/> 代謝内分泌内科 (火※月2回午前のみ ・水※月2回午後のみ)
<input type="checkbox"/> 外科 (月・火・水・金)	<input type="checkbox"/> 整形外科 (月※月1回・金)	<input type="checkbox"/> 腎移植相談外来 (水※月2回)	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 (火※午後のみ・木)
<input type="checkbox"/> フットケア外来 (月・木)	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸外来 (火※午後のみ・木) 紹介目的: <input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 治療も含む (どちらかに□をお願いします)		
<input type="checkbox"/> アクセス科 (月・火・水・木・金) ※アクセス科への紹介は診療情報提供書を添付してください 【アクセス科を受診希望の方は以下もご記入ください】 ・現在のVA情報: (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左 / <input type="checkbox"/> カテーテル) ・造影剤アレルギー (<input type="checkbox"/> 有 ※有りの場合、薬品名: / <input type="checkbox"/> 無) ・その他のアレルギー (<input type="checkbox"/> 有 ※有りの場合、アレルギーを引き起こす物質名: / <input type="checkbox"/> 無)			

◇受診希望日

第1希望: 月 日() 第2希望: 月 日()

上記以外の場合: 1週間以内 1週間以降でも可 その他()

◇紹介の目的(病名や症状など簡単にご記入ください)

HD実施日:(月・火・水・木・金・土・日) AM・PM・夜間