

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 をお願い致します。
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

医療機関名

医師名

電話番号

FAX 番号

FAX(予約専用):023-682-8534

◇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) ※アクセス科へのご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 ()

◇ご紹介の目的(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