

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

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

科 医師宛

(紹介元)

医療機関名

医師名

電話番号

FAX番号

患者氏名(フリガナ)		性別	生年月日		
		男・女	明 大 年 月 日(歳) 昭 平		
住 所:			電話番号() -		
医療 保険	保険者番号		公費 負担	公費番号	
	記号・番号			受給者番号	
	(本人・家族)被保険者名				
受診希望日(第1): 月 日() (第2): 月 日()					
シャント外来(紹介理由: 閉塞 ・ 血流低下 ・ 穿刺困難 ・ その他[])					
HD実施日:(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土) AM ・ PM ・ 夜間				入院希望	有 ・ 無
特記事項					
<感染症を疑う症状の有無>					
◆発熱(37.5°C以上) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
◆呼吸器症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
◆消化器症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
◆その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
感染者(疑いも含む)との接触歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
感染症検査(未 ・ 済)			造影剤アレルギー (有 ・ 無)		
①HB (- + 未) ②HCV (- + 未)			食物、薬物アレルギー (有 ・ 無)		
③WaR (- + 未) ④MRSA (- + 未)			上記有の場合の内容 () ペースメーカー (有 ・ 無)		
緊急連絡先 (本人以外)	ふりかな 氏 名				
	続柄				
	電話番号				

【FAX番号】023-682-8537(アクセス関連)