

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 本町矢吹クリニック
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	明昭	大平	年月日(歳)
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()					
受診希望の項目をチェックして下さい					
<input type="checkbox"/> シヤント外来(紹介理由: 閉塞・血流低下・穿刺困難・その他[])					
<input type="checkbox"/> 腎機能精査(腎生検含む) <input type="checkbox"/> 透析療法に関する内容 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 移植外来					
<input type="checkbox"/> 内科(循環器) <input type="checkbox"/> 消化器精査(上部消化管内視鏡、大腸ファイバー、腹部エコー)					
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸外来【 <input type="checkbox"/> 簡易検査 <input type="checkbox"/> 精密検査(<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 治療も含む)】					
<input type="checkbox"/> その他[]					
HD実施日:(月・火・水・木・金・土・日) AM・PM				入院希望	有・無
特記事項					
当院受診歴(有・無) カルテ番号:					
感染症検査(未・済) ①HB (- + 未) ②HCV (- + 未) ③WaR (- + 未) ④MRSA (- + 未)			造影剤アレルギー(有・無) 食物、薬物アレルギー(有・無) 上記有の場合の内容()		

【FAX番号】023-615-1866 本町矢吹クリニック