

紹介先医療機関名

〒 023-0864

岩手県奥州市水沢字龍ヶ馬場61番地

岩手県立胆沢病院

泌尿器科 シヤント外来

泌尿器科 担当

先生

FAX 0197-24-4180(紹介センター)

TEL 0197-24-4121(内線1027・1058)

紹介元医療機関

所在地

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

診療情報提供書

下記の患者さんを紹介します。どうぞよろしくお願ひ致します。

フリガナ 患者氏名	旧姓()	性別	電話番号
患者住所			
生年月日	0 歳	職業	

1. 傷病名	<input type="checkbox"/> 閉塞	<input type="checkbox"/> 脱血不良			
	<input type="checkbox"/> 静脈圧上昇	<input type="checkbox"/> その他 ()			
2. 紹介目的	ブラッドアクセス治療目的 (<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左)	<input type="checkbox"/> 自己血管内シヤント	
	<input type="checkbox"/> 人工血管	<input type="checkbox"/> 上腕動脈表在化	<input type="checkbox"/> その他 ()		
3. 既往歴及び家族歴	感染症の有無	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎	<input type="checkbox"/> 梅毒	<input type="checkbox"/> その他 ()
	透析の曜日	<input type="checkbox"/> 月水金	<input type="checkbox"/> 火木土	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	その他、特記事項:				
4. 症状経過、検査結果及び治療経過	いつもお世話になっております。上記に対する精査加療をお願いします。				
	その他、特記事項:				
5. 現在の処方(特記すべき薬剤があれば記載してください)					
6. 受診希望日	第1希望日: 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第2希望日: 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第3希望日: 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
備考					

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。