

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

平成 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( )			
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"/> 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)		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 ( )	

【FAX番号】023-682-8534(腎臓内科・その他一般外来)