

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 昭 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()				
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℃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)	氏 名			
	続 柄			
	電話番号			

【FAX番号】023-682-8537(アクセス関連)