

○ 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 南陽矢吹クリニック
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 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()			
受診希望の項目をチェックして下さい			
<input type="checkbox"/> 透析療法に関する内容 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病に関する内容 <input type="checkbox"/> 食事療法			
<input type="checkbox"/> 糖尿病や慢性腎臓病に関する看護師からの生活指導 <input type="checkbox"/> 看護師によるフットケア			
<input type="checkbox"/> シヤントに関する事(紹介理由: 閉塞・血流低下・穿刺困難・その他[])			
<input type="checkbox"/> その他[]			
HD実施日:(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) AM ・ PM			
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】0238-49-8226