

診 療 情 報 提 供 書

伊勢赤十字病院 診察・検査予約申込書 (FAX 送信票)

令和 年 月 日

紹介元	医療機関名	所在地					
	医師名 ⑩	TEL	-	-	FAX	-	-
患者情報	フリガナ		性別	* 事前予約制になりますので、この用紙を地域医療連携課へ FAX お願いします。			
	患者氏名		男・女				
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)					
	電話番号	()					
依頼項目	診 察	<input type="checkbox"/> 医師指定 医師 <input type="checkbox"/> 指定なし		<input type="checkbox"/> 救急外来			
		<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 肝臓内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科	<input type="checkbox"/> 腫瘍内科	
		<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科(神経内科)		
		<input type="checkbox"/> 総合内科(専門科が特定できない患者様に対応)		<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病科	<input type="checkbox"/> 感染症内科		
		<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 外科・乳腺外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
		<input type="checkbox"/> 呼吸器外科・心臓血管外科		<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 頭頸部・耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	
		<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input checked="" type="checkbox"/> 精神科※初診休診中	<input type="checkbox"/> 緩和ケア内科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	
	検 査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影(部位) 】 ※造影の場合は右項目の記入をお願いします。 ⇒ 血清クレアチニン値 (mg/dl) ・ eGFR () ※下記項目の該当箇所に☑をお願いします。☐すべて該当無 <input type="checkbox"/> 薬アレルギー <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> ラテックスアレルギー <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 喘息 アレルギーに関することがあればご記載ください () <input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬服用 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 体内金属片有【 詳細: いつ頃 () 何を () 部位 () 】 <input type="checkbox"/> 核医学検査 () <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心臓エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー					
その他		<input type="checkbox"/> 栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 胃ろう交換 種類 () サイズ () ※患者記録カードを FAX ください。					
希望日		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(希望に添えない場合がありますのでご了承ください) 【 ①令和 年 月 日 曜日、 ②令和 年 月 日 曜日 】					
予約方法	<input type="checkbox"/> 医療機関を通して予約 ⇒ 【 患者在院状況 ⇒ <input type="checkbox"/> 待機中 <input type="checkbox"/> 待機していない 】 <input type="checkbox"/> 患者本人(家族)より予約⇒ (患者さんには別紙「伊勢赤十字病院あての紹介状をお持ちの患者さんへ」をお渡しいただき、直接電話にて予約をとるようお伝えください。)						
紹介目的 (傷病名) (既往歴) (症状経過) (治療経過) (現在処方) <small>(アレルギー情報)</small>							