|  |
| --- |
| **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  医　師　名・印 | | | | | | | | | | |
| 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 | 医師指定　　　　　　　　　　　　　　　医師　　　　指定なし | | | | | | | | | 救急外来 |
| 血液内科 | | 消化器内科 | 肝臓内科 | | | 糖尿病･代謝内科 | | | 腫瘍内科 |
| 呼吸器内科 | | 循環器内科 | 腎臓内科 | | | 脳神経内科(神経内科) | | | |
| 総合内科(専門科が特定できない患者様に対応) | | | | リウマチ・膠原病科 | | | | 感染症内科 | |
| 小児科 | | 整形外科 | 外科・乳腺外科 | | | 脳神経外科 | | | 泌尿器科 |
| 呼吸器外科・心臓血管外科 | | | 産婦人科 | | | 頭頸部･耳鼻咽喉科 | | | 皮膚科 |
| 眼科 | | 形成外科 | ■精神科※初診休診中 | | | 緩和ケア内科 | | | 歯科口腔外科 |
| 検　査 | ＣＴ　ＭＲＩ　ＭＲＡ　　【　単純 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☑お願いします。すべて該当無  薬アレルギー　食物アレルギー　ラテックスアレルギー　金属アレルギー　喘息  アレルギーに関することがあればご記載ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ビグアナイド系糖尿病薬服用　甲状腺疾患　気管支喘息　ペースメーカー  体内金属片【　詳細：いつ頃（　　　　）何を（　　　　）部位（　　　　）　】  核医学検査（　　　　　　　　）　脳波　　頚動脈エコー　　心臓エコー　　腹部エコー | | | | | | | | | |
| その他 | 栄養食事指導　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 | | なし　　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 | | 医療機関を通して予約　⇒　【　患者在院状況　⇒　待機中　　待機していない　】  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)  （アレルギー情報） | |  | | | | | | | | | |

**伊勢赤十字病院 地域医療連携課専用　FAX:０５９６-２７-５６１２　TEL:０５９６-６５-５０１３**

**救急外来専用 FAX:０５９６-２３-０６９９　 代表**[**TEL:０５９６-２８-**](TEL:０５９６-２８-)**２１７１**