

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	☐ 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☑をお願いします。□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 ☐ 頸動脈エコー ☐ 心臓エコー ☐ 腹部エコー ☐ 甲状腺エコー			
		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）					