

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☑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 ） （アレルギー情報）							