

A 診療情報提供書 兼 受診申込書

総合大雄会病院

年 月 日

科

医師

外来受診	希望日				紹介医療機関名	
第1希望	年	月	日	()	連携登録医名	(印)
第2希望	年	月	日	()	☎	
第3希望	年	月	日	()	FAX	

ふりがな		生年月日		性別
患者氏名		年	月	日
〒				
☎				

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診療・精査・入院 <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 冠動脈CT <input type="checkbox"/> その他 ()			
------	---	--	--	--

病名または主訴

既往歴及び家族歴

症状経過及び依頼目的・検査結果・現在までの治療経過、処方内容 等

冠動脈CT・心カテ依頼の場合は下記の記入をおねがいたします

- ・造影剤使用歴 無 有 (副作用 無 有)
- ・血清クレアチニン値 正常 異常 (CRN mg/dl)
- ・βブロッカー使用可能について 可 否

送付先 総合大雄会病院 地域医療連携室

FAX 0586-24-9999

※右記のFAX番号を確認後送信してください。

TEL 0586-26-2366(直通)

※個人情報の取扱いについては慎重にお願いします。