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　　㊞
第2希望　　年　　月　　日（　　）☎
第3希望　　年　　月　　日（　　）FAX

ふりがな		生年月日	年齢	性別
患者氏名				○男 ○女
〒 ☎				

紹介目的	□外来診療・精査・入院　□上部内視鏡検査　□冠動脈ＣＴ　□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。