紹介元医療機関記入用

心血管スクリーニング外来申込書 (診療情報提供書)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【患者情報】 |  | 【紹介元医療機関】 |
| フリガナ： | 施設名： |
| 患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女） | 診療科： |
| 生年月日： 　　　年　 　月　　日　(　　才) | TEL：  FAX： |
| 住　所　：  TEL（　　　　　）　　　　　－ |
| 医師氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受診希望日 | 第一希望日　（　　　　　　年　　　　月　　　　日）  第二希望日　（　　　　　　年　　　　月　　　　日）  第三希望日　（　　　　　　年　　　　月　　　　日） |
| 傷病名 |  |
| 状態 | 身長(　　　　　　cm)　　　体重(　　　　　　㎏)  感染症　　　( 不明・無 ・ 有　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  腎機能異常　( 不明・無 ・ 有　)　　　血清クレアチニン※1　(　　　　　　㎎/dl)  造影剤過敏　( 不明・無 ・ 有 )　　　糖尿病治療薬の服用　( 不明・無 ・ 有 ) |
| 症状  経過 |  |

【申込先・問合先】　福岡大学筑紫病院　地域医療支援センター

　　　　TEL：　092-921-0911(直通)　　FAX：　092-921-0910