

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】
フリガナ:
患者氏名: (男・女)
生年月日: 年 月 日 (才)
住 所:
TEL () -

【紹介元医療機関】
施設名:
診療科:
TEL:
FAX:
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(kg) 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 (mg/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