

紹介状 [診療情報提供書(動脈硬化疾患外来依頼用)]

令和

年

月

日

北播磨総合医療センター

循環器内科 動脈硬化疾患外来担当医先生

紹介元医療機関名及び所在地：※改行は「Altキー + Enterキー」

予約希望日 第1希望 月 日 (水) 時頃
第2・4水曜 第2希望 月 日 (水) 時頃
午後のみ担当医師名： 科 印
電話番号： () -
FAX番号： () -フリガナ 旧姓 性別 生年月日
患者氏名 受診歴 有 男 明治 大正 昭和 平成 令和
 無 女 年 月 日 歳

住所 〒 -

自宅 () - 連絡先 () -

主保険 保険者番号 1.本人 併用 2.家族 負担者番号
記号 番号 受給者番号来院方法 独歩 車いす ストレッチャー その他特記事項 ()紹介目的 1. 検査 2. 指導 3. 投薬調整患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて 承諾する 不承諾 不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は従来どおり紹介元を通しての変更をお願いします。

既往歴

動脈硬化リスクファクター 糖尿病 高血圧 脂質異常 高尿酸血

患者情報 身長： cm 体重： kg

貴院検査結果 血糖値： mg/dl 空腹時 随時 HbA1c %循環器疾患合併の可能性 あり なし “あり”の場合その理由心不全症状について 労作時息切れ症状 あり なし
下腿浮腫 あり なし
その他の症状

投薬内容 (お薬手帳持参のみでも可)

患者に関する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好

添付資料 無 X-P ECG 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像 CT・MRI画像 ()

北播磨総合医療センター 〒675-1392 兵庫県小野市市場町926-250 代表TEL 0794-88-8800

地域医療連携室 FAX番号 (0794) 62-9911