|  |
| --- |
| **診　　療　　情　　報　　提　　供　　書****伊勢赤十字病院　診察・検査予約申込書（FAX送信票）** |

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹介元 | 医療機関名 | 所在地 |
| 医師名　　　　　　　　　　　㊞ | TEL 　- 　 -　　　 | FAX 　- 　 -　　　 |
| 患 者 情 報 | フリガナ |  | 性別 | ＊**事前予約制**になりますので、この用紙を地域医療連携課へFAXお願いします。 |
| 患者氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 電話番号 |  ( ) |
| 依　　頼　　項　　目 | 診　察 | [ ] 医師指定　　　　　　　　　　　　　　　医師　　　　[ ] 指定なし　 | [ ] 救急外来 |
| [ ] 血液内科 | [ ] 消化器内科 | [ ] 肝臓内科 | [ ] 糖尿病･代謝内科 | [ ] 腫瘍内科 |
| [ ] 呼吸器内科 | [ ] 循環器内科 | [ ] 腎臓内科 | [ ] 脳神経内科(神経内科) |
| [ ] 総合内科(専門科が特定できない患者様に対応) | [ ] リウマチ・膠原病科 | [ ] 感染症内科 |
| [ ] 小児科 | [ ] 整形外科 | [ ] 外科・乳腺外科 | [ ] 脳神経外科 | [ ] 泌尿器科 |
| [ ] 呼吸器外科・心臓血管外科 | [ ] 産婦人科 | [ ] 頭頸部･耳鼻咽喉科 | [ ] 皮膚科 |
| [ ] 眼科 | [ ] 形成外科 | ■精神科※初診休診中 | [ ] 緩和ケア内科 | [ ] 歯科口腔外科 |
| 検　査 | [ ] ＣＴ　[ ] ＭＲＩ　[ ] ＭＲＡ　　【　[ ] 単純 [ ] 造影（部位　　　　　　　　）　】　※造影の場合は右項目の記入をお願いします。　⇒血清クレアチニン値（　　　　mg/dl）・eGFR（　　　　）　※下記項目の該当箇所に☑お願いします。[ ] すべて該当無[ ] 薬アレルギー　[ ] 食物アレルギー　[ ] ラテックスアレルギー　[ ] 金属アレルギー　[ ] 喘息アレルギーに関することがあればご記載ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　[ ] ビグアナイド系糖尿病薬服用　[ ] 甲状腺疾患　[ ] 気管支喘息　[ ] ペースメーカー[ ] 体内金属片有【　詳細：いつ頃（　　　　）何を（　　　　）部位（　　　　）　】　[ ] 核医学検査（　　　　　　　　）　[ ] 脳波　　[ ] 頚動脈エコー　　[ ] 心臓エコー　　[ ] 腹部エコー |
| その他 | [ ] 栄養食事指導　[ ] 胃ろう交換　種類（　　　）サイズ（　　　）※患者記録カードをFAXください。 |
| 希望日 | [ ] なし　　[ ] あり（希望に添えない場合がありますのでご了承ください。）【　①令和　　年　　月　　日　　曜日、　②令和　　年　　月　　日　　曜日　】 |
| 予約方法 | [ ] 医療機関を通して予約　⇒　【　患者在院状況　⇒　[ ] 待機中　　[ ] 待機していない　】[ ] 患者本人(家族)より予約⇒　患者さんには別紙「伊勢赤十字病院あての紹介状をお持ちの患者さんへ」をお渡しいただき、直接電話にて予約をとるようお伝えください。 |
| 紹介目的(傷病名)(既往歴)(症状経過)(治療経過)(現在処方)（アレルギー情報） |  |

**伊勢赤十字病院 地域医療連携課専用　FAX:０５９６-２７-５６１２　TEL:０５９６-６５-５０１３**

**救急外来専用 FAX:０５９６-２３-０６９９　 代表****TEL:０５９６-２８-****２１７１**