

# 診療情報提供書 (VAIVT専用)

記入例

FAX番号を間違えずに

申込日(西暦)

年

月

日

送付先: 予約専用

FAX: 079-451-8653

【紹介元情報】

所在地 〒

地方独立行政法人 加古川市民病院機構

加古川中央市民病院

放射線診断IVR科

先生

名称

診療科

医師名

TEL

FAX(必須)

## 【患者情報】

氏名	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日( )	歳
	男・女		TEL	自宅 ( )	-		
	旧姓( ) ※必ず記載をお願いします。		携帯 ( )	-			
住所	〒						
診断名							
紹介目的	1. 診察 2. その他( )						
現状	<input type="checkbox"/> 外来通院中	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 無			
予約希望日	第一希望	月	日	第二希望	月	日	
	いつでもよい	その他( )					
紹介内容	<p>必ず記入してください</p> <p>①病歴 ④病歴 ⑤症状 ⑥検査所見 ⑦治療経過 ⑧現在の処方 ⑨その他</p> <p>いただく紹介状の添付をお願いいたします。(紹介状は当日必ずご持参ください)</p>						

必須情報を漏れなく記載してください

改訂: 2026年4月

## 【必須情報】

シャント肢 ( 左 ・ 右 )

前回VAIVT歴 ( 有 ・ 無 ) (前回実施日 西暦 年 月 日)

直近シャントエコー歴 ( 有 ・ 無 )

\*エコー歴有の場合は、診察当日、所見用紙をお持ちください。

感染症採血結果(\*3か月以内) 検査日付 年 月 日

HBs抗原 ( + - ) HBc抗体 ( + - ) HCV抗体 ( + - )

予約専用窓口 FAX: 079-451-8653 (24時間受付) TEL: 079-451-8651

予約受付: 平日 9:00~17:00 (月火水金は17:30まで)

お申込の時間帯や予約状況により、お返事が翌業務日以降になる場合がございます。予めご了承ください。

【緊急時】必ずお電話にてご連絡をお願いいたします。

加古川中央市民病院