

診療情報提供書（VAIVT専用）

<様式9>

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 旧姓() ※必ず記載をお願いします。	TEL	自宅 ()	—	—	—	—
住所	〒						
診断名							
紹介目的	1. 診察 2. その他()						
現状	☐ 外来通院中 ☐ 入院中	移動方法	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー	当院受診歴		☐ 有 ☐ 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	(①主訴 ②既往歴 ③家族歴 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) ※ご記入いただくか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)						

改訂:2025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 (+ -)

加古川中央市民病院 予約専用 FAX:079-451-8653 TEL:079-451-8651

予約受付時間は平日 月～金 9:00～17:30です。FAXは24時間受け付けておりますが、受付時間外のお申し込みは、原則、翌業務日以降のお返事となります。受付時間内のお申し込みでも、その時の予約状況等によって翌業務日以降のお返事になることがございますので、予めご了承ください。緊急時は必ずお電話をお願いいたします。