

## 診療情報提供書 (VAIVT専用)

&lt;様式 9&gt;

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 ( )	—			
			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	(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: 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