

診療情報提供書 (VAIVT専用)

記入例

FAX番号を間違わずに

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 <input type="checkbox"/> 入院中	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <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) 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)						

必ず記入してください

必須情報を漏れなく記載してください

改訂: 2020年7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 9:00～17:00です。これ以降のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。なお、緊急時は必ずお電話をお願いします。FAXは24時間受付しておりますが、業務時間外のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。