

この度は患者様をご紹介いただき、誠に有難うございます。
 診断、治療方針がつき次第ご報告させていただきます。
 今後ともご指導ご鞭撻賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

FAX (06) 6568-1970

社会医療法人寿会富永病院 地域連携室
 (直通Tel 06-6568-1980)

診療情報提供書(正)

平成 年 月 日

【紹介先医療機関】

富永病院

脳神経外
 神経内
 循環器内
 整形外
 形成外

科

【ご紹介元医療機関】

名称

先生

医師名

印

TEL

()

FAX

()

フリガナ		
氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費
生年月日	(M・T・S・H) 年 月 日	貴院： 通院中 ・ 入院中
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> ガンマナイフ <input type="checkbox"/> 320列-冠動脈CT(以下の項目について、わかっている範囲でご記入ください)	
	<p>ペースメーカー (無・有) 埋込型助細動器 (無・有)</p> <p>造影剤副作用 (無・有) 甲状腺機能亢進症 (無・有)</p> <p>喘息 (無・有) 透析 (無・有)</p> <p>肝障害 (無・有) クレアチニン ()mg/dl</p> <p>※上記有の場合及びクレアチニン1.5mg/dl以上の場合は検査できません</p> <p>※検査2時間前にβブロッカーを服用するようご指示ください</p> <p>※βブロッカーの禁忌 ①高度房室ブロック ②洞不全症候群 ③気管支喘息 ④COPD</p> <p>⑤低血圧(最高血圧100mmHg以下) ⑥β遮断薬投与不適当</p> <p>※ビグアナイド系糖尿病治療薬は、検査前・後48時間休薬してください。</p>	
希望受診日	① 月 日 時 ② 月 日 時 ③ 月 日 時	
(依頼内容)	貴院書式の診療情報提供書を添付して頂いても結構です。 <input type="checkbox"/> 別紙参照	
主訴・既往歴		
病状経過等		