

FAX 0824-65-0159(専用)

[TEL 0824-65-0239(直通)]

地域医療連携予約申込FAX用紙
(シャントトラブル用)

ふりがな			
患者氏名			男 女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日		歳
患者住所			
電話番号	() -		

移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
ID番号	市立三次中央病院の診察券をお持ちの方 - -

診療科	腎臓内科	
医師名	透析当番医	
透析日	<input type="checkbox"/> 月・水・金	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夜間
	<input type="checkbox"/> 火・木・土	
	<input type="checkbox"/> その他	

※お申込の際に予約日は記入しないで下さい。

※予約日	月 日 ()
------	---------

紹介目的

<input type="checkbox"/> シャントPTA <input type="checkbox"/> シャント診察
シャント(右 / 左)
<input type="checkbox"/> 自己静脈 <input type="checkbox"/> グラフト
<input type="checkbox"/> 脱血不良 <input type="checkbox"/> 静脈血圧高値 <input type="checkbox"/> その他
[前回PTA日] 年 月 日
[シャント作成日] 年 月 日

緊急度

<input type="checkbox"/> 今週中 <input type="checkbox"/> 来週中 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内
※超緊急の場合は吾郷までお電話を下さい。
コメント (必要時, ご記入下さい)

※この用紙は診療情報提供書にはなりませんので、患者様には別途、診療情報提供書をお渡し下さい。

年 月 日

紹介元医療機関名	住所	
	病院名	(電話番号) _____
	医師名	(FAX番号) _____