

患者さんご紹介用 Fax 連絡票

仙台厚生病院 地域医療連携室 宛

〒980-0873 仙台市青葉区広瀬町 4-15

Tel: 022-222-6181 Fax: 022-223-8442

消化器内科紹介用

<紹介元情報>

送信日: 年 月 日

医療機関名			
ご芳名	印		
Tel		Fax	

<患者情報>

フリガナ		生年月日	年 月 日
患者氏名		男・女	(歳)
住所			
連絡先			

紹介目的	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 (月～金、9:00 来院)	Fax 予約にて、初回来院日に検査が可能です。
	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	
	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 (月～金、13:00 来院)	検査予約日 2 日前までに事前受診が必要です。 事前受診: 月～金、8:30～11:00 1F②窓口に来院願います。 (腹部レントゲン検査・大腸検査食購入・前処置薬処方のため) ※遠方の方で紹介元で対応できる場合は事前受診不用です。
	<input type="checkbox"/> その他の検査・治療 ()	ペースメーカー 無 ・ 有
入院・転院希望の場合、こちらも記入をお願いします。 ・ADL: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・現在: 入院中 ・ 外来通院中		

受診または検査 希望日	第1希望 : 年 月 日 ()
	第2希望 : 年 月 日 ()

内服情報	抗血栓薬 : 無 ・ 有 (薬剤:) ←検査前の休薬は不要です。
	糖尿病薬 : 無 ・ 有 (薬剤:)

当院受診歴	無 ・ 有 (科、 年頃) ・ 不明
-------	---------------------

診療情報	主訴:
------	-----

(経過概要)	※診療情報提供書添付の場合は、別紙参照にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 別紙参照
--------	--

※当日の受診・検査・入院依頼・救急患者のご紹介、Fax ではなくお電話で当科救急担当医宛てへご依頼下さい。(TEL:022-222-6181)