（R4.5改）

市立三次中央病院・地域医療連携室　行

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	T・S H・R　　年　　月　　日	歳
患者住所	〒	
電話番号	（　　）　　－	

診療科	腎臓内科	
医師名	透析当番医	
透析日	□ 月・水・金	□午前　□午後　□夜間
	□ 火・木・土	
	□そ の 他	

※お申込の際に予約日は記入しないでください。

※予約日	月　　日（　　）

◆紹介目的

□シャントPTA　　□ シャント診察
シャント（ 右 ／ 左 ）

◆当院以外でのシャントPTA歴

□ 無 □ 有 → 医療機関名 （ 最終施行日 （　　年　　月　　日

移動方法	□単独歩行可　□歩行可【要介助】 □車椅子　□ベッド・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 －　　－

◆緊急度

□今週中　□来週中　□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ください。

申込年月日　　年　　月　　日

紹介元医療機関名	所在地	（電話番号）＿＿＿＿＿＿
	病院名	（FAX番号）＿＿＿＿＿＿
	医師名	