

# 紹介患者予約申込書

白根徳洲会病院 殿

FAX

055-284-7820

紹介医療機関：

医師名：

住所：

TEL：

FAX：

ふりがな			
氏名	様 (性別 男 ・ 女 )	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
住所			
当院受診歴	無 ・ 不明 ・ 有 ( ID番号： )		
主な症状			
既往歴			
感染症	HBS ( + ・ - ) HCV ( + ・ - ) TPHA ( + ・ - )	身長	cm 体重 kg
透析導入年月日	年 月 日 病院名		
シャントの手術歴	無 ・ 有 ( PTA ・ 作成 ・ その他 ) 前回手術年月日 年 月 日		
透析日・時間帯	月 火 水 木 金 土 / AM ・ PM ・ 夜間		
透析時間			
シャント部位	右 ・ 左 ( )	自己血管 ・ グラフト ・ その他 ( )	
脱血不良	無 ・ 有	狭窄部位	
静脈圧		シャントエコー 無 ・ 有	
シャント感染	無 ・ 有	スチール症候群 無 ・ 有	
保険の種類	国保 ( 割 ) ・ 社保 ・ 共済 ・ 後期高齢者 ( 割 ) ・ 生保		
備考			

< 予約希望日 >

第一希望 令和 年 月 日 ( )

第二希望 令和 年 月 日 ( )

紹介状と内服薬の情報を本紙と一緒に送ってください

予約日が決まりましたらご連絡いたします

緊急時に関しましては直接外来までご連絡ください

TEL : 055-284-7711 (代表)