

受診申込書・診療情報提供書
《シャント拡張術・血栓除去術専用》

電話番号：0154-41-6121（代表）
FAX番号：0154-41-6511（患者サポートセンター直通）

市立釧路総合病院

年 月 日

放射線診断 科 担当医 宛

紹介元医療機関 様

医療機関名		電話番号	-	-
診療科		FAX番号	-	-
ご担当医		送信担当者名		

フリガナ		住所	〒 - -	
患者氏名				
性別	() 歳			
生年月日	年 月 日	電話番号	-	-
入外区分	外来通院中 ・ 入院中	移動	独歩 ・ 車いす ・ ストレッチャー	
傷病名				
1 既往症				Dr to Dr <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 別紙参照
2 病状経過				
3 検査結果				
4 治療経過				
5 現在の処方				
6	超音波検査結果	シャント血流量 () ml RI指数 ()	<input type="checkbox"/> 機材無く検査結果記入不可の場合は チェックしてください	

↑ 必ずご記入ください