**関西医科大学総合医療センター　診療情報提供書（紹介状）**

**兼ＦＡＸ紹介予約申込書（ＦＡＸ：０６－６９９３－９４８８）**

　　　令和　　　年　　　月　　　日

**関西医科大学総合医療センター**

**血　管　外　科 　　　　　　　　　　　　　　　 先生**

＜紹介元医療機関＞

印鑑又は自署

所　在　地

名　　　称

電話番号

　　ＦＡＸ番号　　 　　　　　　　　　　　　　　医　師　名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性別 | | 生 年 月 日 |
| 患者氏名 |  | | 男・女 | | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和  　　年　　月　　日　(　　　歳) |
| 住　　所 | 〒　　　　－  電話番号（　 　　　）　　　　－ | | | | |
| 関西医科大学総合医療センターでの受診歴（ 　有　 ・　 無　 ） | | | | 急診要望　（ 有　・　無 ） | |
| 受診希望日 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　 ）　　　または　　できるだけ早めに | | | |
| 主　訴・傷病名 | | □下肢痛 □跛行 □色調不良 □ABI低下 □潰瘍、壊死 □静脈瘤 □下肢浮腫、腫脹  □シャント作成 □シャントPTA □シャント合併症  □その他、詳細： | | | |
| 紹　介　目　的 | | □精査　　　□加療　　　□入院　　　□転院　　　□手術　　　□リハビリ  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 既　　往　　歴  家　　族　　歴 | | □糖尿病（□インスリン使用、HbA1c【　　　　 】）□高血圧  □脂質異常症　□慢性腎臓病　（□透析　【　　　　 　　 　曜】）□心疾患（ 　　　　　　　 ）□脳血管疾患（　　　　　　　　　）  □下肢治療歴（　　　　　　　　　　　　） 　□喫煙、喫煙の既往  □膠原病（□ステロイド使用）□脊柱管狭窄症  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 薬物アレルギー |
| 現病歴・現　症  検　査　所　見  治　療　経　過  現　　処　　方  等 | | いつもお世話になります。上記患者をご紹介いたします。  いつから:  どのような症状：  現在までの治療：  ※1.　必要がある場合は、別紙に記載して添付願います。  ※2.　必要がある場合は、画像診断のフィルム等媒体、検査の記録を添付してください。 | | | |

＜保険情報・諸法関係＞

□保険情報は、保険証の写しをＦＡＸ送信頂ければ、事前に患者情報の登録をいたします。

□労災(公災)　□医療保護 (福祉事務所名　　　　　　　)　 □交通事故　□その他(　　　　　　　)

注）交通事故での保険会社への直接請求は取り扱っておりません。（詳細は担当者とご相談願います。）

＜お問合せ先＞

**地域医療連携部　〒570-8507大阪府守口市文園町10-15　電話06-6993-9444（直通）**