

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 F A X 紹介予約申込書（F A X : 0 6 - 6 9 9 3 - 9 4 8 8）

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>

所在地  
名称  
電話番号  
F A X 番号

印鑑又は自署

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	<input type="checkbox"/> 下肢痛 <input type="checkbox"/> 跛行 <input type="checkbox"/> 色調不良 <input type="checkbox"/> ABI 低下 <input type="checkbox"/> 潰瘍、壊死 <input type="checkbox"/> 静脈瘤 <input type="checkbox"/> 下肢浮腫、腫脹 <input type="checkbox"/> シヤント作成 <input type="checkbox"/> シヤント PTA <input type="checkbox"/> シヤント合併症 <input type="checkbox"/> その他、詳細:		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
既往歴 家族歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ( <input type="checkbox"/> インスリン使用、HbA1c 【 】 ) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 ( <input type="checkbox"/> 透析 【 曜 】 ) <input type="checkbox"/> 心疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 下肢治療歴 ( ) <input type="checkbox"/> 喫煙、喫煙の既往 <input type="checkbox"/> 膠原病 ( <input type="checkbox"/> ステロイド使用 ) <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 その他 ( )		薬物アレルギー
現病歴・現 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 F A X 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。(詳細は担当者にご相談願います。)

<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)