

患者保険情報連絡票

FAX送信用 ①

令和 年 月 日

関西医科大学 附属病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

フリガナ 患者氏名	旧姓	男 女	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
住所 〒 電話番号			関西医大受診歴：有・無・不明 有の場合 ID 番号 ()

主訴および傷病名	ADL： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり→ 来院方法 ()
紹介目的： <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査 () <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 身障診断 <input type="checkbox"/> 家族相談 <input type="checkbox"/> その他 ()	待ち状況： <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 入院中→ 来院方法 ()
アレルギー <input type="checkbox"/> 薬物過敏 () <input type="checkbox"/> 食物過敏 ()	(転院目的の場合) 病室希望 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 総室

以下の項目を記入の際は、この用紙①を切り離して下さい。次ページ写りにご注意ください。

受診希望日 第1希望 令和 年 月 日 ()
第2希望 令和 年 月 日 ()

希望日なし 又は 不都合な日があればご記入ください。[]

予約取得に診療科への確認が必要な場合があります。翌日に受診希望の場合は、前日の16時30分までにご連絡くださいますようお願いいたします。

保険情報(保険情報は、保険証のコピーでも可) ※受診当日は必ず保険証原本をご持参ください。

■被保険者証

保険者番号									
記号	番号								
続柄	本人・家族								

■公費負担医療受給者票

負担者番号									
受給者番号									

<諸法関係>

労災(公災)、保護医療(福祉事務所名)、交通事故・その他()

※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません(詳細は担当者にご相談ください)

地域医療連携部/受付時間 関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号
《受付》平日 8時30分~20時 土曜日 8時30分~12時30分
《休診日》日曜、祝日、第2・4土曜日、年末年始(12月29日~1月3日)

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

[地域医療連携部] 電話 072-804-2742 FAX 072-804-2861

関西医科大学附属病院地域医療連携部 担当者欄(※記入しないでください)	総室	個室	即日入院	翌日入院	記入日時	記入者

診療情報提供書（関西医科大学血友病包括外来）

関西医科大学血友病包括外来 宛て（※お分かりになる範囲でご記載ください）

名前： _____ 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別： 男性・女性・その他

診断名：血友病 A・B 軽症・中等症・重症 インhibター：あり（ _____ BU）・なし

<周産期歴（分かる範囲でご記載ください）>

在胎週数 _____ 週 _____ 日 出生時の体重 _____ g 出生時の身長 _____ cm

分娩様式 経膾分娩・帝王切開 NICU入院歴 あり・なし 光線療法 _____ 回施行

<既往歴>

<家族歴（可能であれば家系図）>

<アレルギー>

<感染症>

C型肝炎・B型肝炎・HIV・その他（ _____ ）

<現病歴>

発症： _____ 歳頃（ _____ 年 _____ 月頃）

初発時の症状：頭蓋内出血・皮下出血・関節内出血・その他（ _____ ）

これまでの経過：

<治療歴>

（使用薬剤 / 単位/回） _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

（使用薬剤 / 単位/回） _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

（使用薬剤 / 単位/回） _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

ヘムライブラ使用 あり（ _____ 年 _____ 月 _____ 日~）・なし

免疫寛容療法 あり（使用薬剤 _____ / _____ 単位/回）・なし

<年間出血回数（部位ごとの出血や関節痛などを記載ください）>

ほぼ毎日 部位 _____

月に1回 部位 _____

数か月に1回 部位 _____

半年に1回 部位 _____

年に1回 部位 _____

ご施設名：

住所：

電話番号：

お名前：