

肝疾患 診療依頼書兼診療情報提供書

(秦野伊勢原地区用)(様式1-A)

紹介日: 年 月 日

診療依頼先 (下記依頼先にFAXしてください)	
<input type="checkbox"/>	東海大学医学部付属病院 医療連携室 TEL:0463-93-8495(直通) FAX:0463-93-1125(直通)
<input type="checkbox"/>	伊勢原協同病院 地域医療連携室 TEL:0120-55-7231(直通) FAX:0120-30-9615(直通)
<input type="checkbox"/>	秦野赤十字病院 地域医療連携室 TEL:0463-81-0719(直通) FAX:0463-84-1484(直通)

紹介目的および経過

肝疾患地域連携パス 備考(

傷病名

<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス陽性	→	<input type="checkbox"/> B型
	→	<input type="checkbox"/> C型
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス陰性	→	<input type="checkbox"/> ALT(60 IU/L以上)かつ BMI 25以上

参考所見(症状・その他自覚症状)

<input type="checkbox"/> 肝硬変疑い

その他

<input type="checkbox"/> 栄養指導希望
処方欄・検査データ
処方箋・(検査データもあれば)も併せてFAXしてください。 当用紙の原本・処方箋・検査データは予約日にお持ちください。

受診希望日	
第1希望日: 月 日	第2希望日: 月 日
入院希望あり:	<input type="checkbox"/> 当日対応希望 <input type="checkbox"/> 診療時の判断にて

紹介元医療機関名	
住 所 :	
T E L :	
F A X :	
医 師 名 :	印

患者情報(保険情報)

急性期病院受診歴	<input type="checkbox"/> あり(ID:) (旧姓:)
	<input type="checkbox"/> なし

※急性期病院のIDを記載されている場合は下記の欄は変更箇所のみで可。

フリガナ		性別	男・女
患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (
住 所	〒		
自宅電話	- -	携帯電話	- -
保険者番号		一部負担助成	有 ・ 無
記号・番号		公費負担番号	
被保険者名	本人・家族	受給者番号	
有効期限	年 月 日まで		

※患者情報(保険情報)は保険証のコピーをFAXしてください。その場合は、保険情報の記入は省略していただいて結構です。