

腎臓内科診療予約申込依頼書(FAX用)

《救急の場合は、救急外来に直接ご連絡ください。TEL:0735-31-3333(代表)》

申込日 年 月 日

新宮市立医療センター
地域医療連携室 宛

(FAX:0735-31-3385)

紹介元	医療機関名	
	住所	
	TEL・FAX	
	診療科	
	医師名	

■患者情報

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	(男・女)	年 月 日	(歳)
住所	(〒 -)		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
貴院	通院中・入院中	当院受診歴	(無・有) 科

■依頼内容

希望医師	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医師)	受診日	※申込当日の予約は出来ません。 <input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 希望日 ()
傷病名			
紹介目的	※該当項目にチェックをお願いします。該当する場合は、複数チェック可。 以下に該当しない場合は、空欄に詳細の記載をお願いします。 <input type="checkbox"/> 腎機能低下 (直近データ sCr: eGFR: BUN:) <input type="checkbox"/> 検尿所見異常 (尿蛋白: 尿潜血:) <input type="checkbox"/> 栄養指導 希望 <input type="checkbox"/> その他 ()		

■添付文書

※検査データならびに投薬内容を、可能であれば本紙と共にFAXして下さい。
※血清Cr/eGFRと検尿所見は、数年の経過(年1~2回程度)があれば診療の手助けになります。

検査データ(血清Cr/eGFR, 検尿所見)

処方内容に関しましては、患者本人にお薬手帳を持参させて下さい。

新宮市立医療センター 地域医療連携室
TEL(直通):0735-31-3345 / FAX(専用):0735-31-3385