

岡崎市民病院 受診依頼票(皮膚科：アトピー性皮膚炎 生物学的製剤専用)

年 月 日

□診察依頼 皮膚科 (先生)

★予約希望日

- 希望あり (第3希望までお書きください)
 - 第1希望 年 月 日 曜日
 - 第2希望 年 月 日 曜日
 - 第3希望 年 月 日 曜日
- 明日以降早い日を希望
- 受診日未定
- 本日希望

医療機関名

医師名

TEL・FAX

★web予約 年 月 日 曜日 時 分

*予約変更に関しましては、当院と患者様が直接調整させていただきますのでご了承ください。なお、変更した場合は、紹介医へ変更日時等をご連絡させていただきます。

受診者	フリガナ		保 険 者 番 号				記 号 ・ 番 号			
	氏名									
	生年月日	□明 □大 年 月 日	公費負担医療受給者番号				公 費 負 担 番 号			
		□昭 □平 □令 □男 □女								
	住所	(〒)	有 効 期 限				年 月 日			
			保 険 別				公 費 負 担 別			
		□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□							
TEL		自 交 労 生 退 国 国 健 健 後 期 高 齢				結 身 児 原 精 母 難 子 そ				
受診者のID	被保険者名	通 事				ど の				
		費 故 災 保 家 家 保 家 保 割				核 障 童 爆 神 子 病 も 他				

算定状況 在宅時医学総合管理料・在宅がん医療総合診療科・在宅療養指導管理料・特定施設入居等医学総合管理料

【主訴又は診断】

アトピー性皮膚炎 (ほか合併疾患など _____)

初診年月日 (_____年____月____日)

罹病期間 (_____年____か月(才頃)備考 _____)

治療薬剤 [_____]

経過・依頼目的 [_____]

生物学的製剤を岡崎市民病院で導入した場合 (どれか一つにチェック)

- 自らの施設で生物学的製剤の継続を希望します。
- 岡崎市民病院での生物学的製剤の継続を希望します。
- 生物学的製剤の投与は岡崎市民病院、その他(外用剤等)の治療は自院で行うことを希望します。

CD-R・フィルム・USB・病理標本 有 (□患者持参 ・ □集配) ・ □なし 返却 (要 ・ 患者へ ・ 不要)

検査結果・その他 有 (□患者持参 ・ □集配 ・ □FAX) ・ □なし 返却 (要 ・ 患者へ ・ 不要)

岡崎市民病院地域医療連携室 病診連携 (TEL: 0564-66-7262 FAX: 0564-25-6720)