

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)

検査のみ依頼

検査項目：単純CT・造影CT・単純MRI・造影MRI
エコー・RI・骨密度・神経伝導速度・その他 ()

★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

★救急車の使用 (有 無)

★岡崎市民病院から詳細な診療状況を示す文書の提供を希望する。

→ 希望しない場合は左記に✓を入れてください。

* 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。
尚、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			性別	生 年 月 日	
	氏名			男・女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
	住所	(〒)				
	TEL	自宅電話			携帯電話	
当院診察券番号		(当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)				
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 (_____)						
【経過及び依頼目的】						
(_____)						
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してください)						
<input type="checkbox"/> 自らの施設で生物学的製剤の継続を希望します。						
<input type="checkbox"/> 岡崎市民病院での生物学的製剤の継続を希望します。						
<input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 患者持参・ <input type="checkbox"/> 集配) ・ <input type="checkbox"/> なし				返却 (要・患者へ・不要)	
検査結果・その他	有 (<input type="checkbox"/> 患者持参・ <input type="checkbox"/> 集配・ <input type="checkbox"/> FAX) ・ <input type="checkbox"/> なし				返却 (要・患者へ・不要)	