

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 ・
 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 月 日 (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)

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)