

# 【シャントトラブル用】診療予約申込書

(ご記入日： 年 月 日)

県立二葉の里病院	紹介元医療機関
FAX：082-262-1253 TEL：082-262-1581	所在地： 名称： 医師名：
診療予約申込時間／平日（土日祝日除く） <b>8：40～17：00</b> <small>※上記時間外にお申込の場合は、ご連絡が翌日以降となります。</small>	TEL： FAX：

患者情報	当院受診歴	有 ・ 無	受診歴のある方は 診察券番号をご記入ください	当院診察券番号：
	フリガナ	(男・女)		生年 大正・昭和・平成・令和
	氏名			年月日 (才)
	現住所	〒 -		
	電話番号	※9：00～17：00までの間にご連絡のとれる番号をご記入ください。 ① 自宅・職場・携帯等 ( ) - ② 自宅・職場・携帯等 ( ) -		
	連絡方法 (いずれかに○を してください)	( ) 上記患者・家族へ ( ) 紹介元医療機関へ		
	保険証欄 (保険証のコピーを併せて送信される場合は、ご記入不要です。)	公費負担者番号		
	保険者番号	公費受給者番号		
	記号・番号	公費負担者番号		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	公費受給者番号	

診療科：人工透析センター / 医師名：越智 誠

紹介目的	<input type="checkbox"/> シャントPTA (前回： <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 / <input type="checkbox"/> なし)		<input type="checkbox"/> シャント診察
シャント	右 ・ 左	<input type="checkbox"/> 自己血管 <input type="checkbox"/> グラフト	
貴院透析日	<input type="checkbox"/> 月・水・金	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夜間	
	<input type="checkbox"/> 火・木・土		
	<input type="checkbox"/> その他		
緊急度	<input type="checkbox"/> 超緊急 ※越智までご連絡ください		
	<input type="checkbox"/> 今週中 <input type="checkbox"/> 来週までには <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内		
希望日	<input type="checkbox"/> あり ① 月 日 ( ) ② 月 日 ( ) / <input type="checkbox"/> なし		
備考欄			

●紹介患者さまが来院されるまでにカルテの作成を済ませますので、お手数ですが上記に必要事項をご記入のうえ、診療情報提供書とあわせてご送信ください。※こちらの用紙はコピーしてご利用ください。  
(2025年4月改訂)