

平成 年 月 日

紹介元医療機関

住所

電話

病院名

FAX

医師名

医療連携室担当者

|             |                     |
|-------------|---------------------|
| ふりがな        | 生年月日                |
| 患者氏名<br>男・女 | T・S・H<br>年 月 日 ( 歳) |
| 住所 〒        | (電話番号)              |

受診希望日 月 日 曜日

※FAX受診後速やかに**承り書**をFAX送信いたします※**承り書**が翌日になることもありますのでご了承ください

※ご希望に添えない場合は当院から電話のうえ日程調整させていただきます

※**お急ぎの場合は、先ず電話にてにご連絡ください**

## 【 ご紹介目的 】

- |                     |            |         |         |            |
|---------------------|------------|---------|---------|------------|
| 1. 腎不全外来            | 2. 内シャント診察 | 3. 透析導入 | 4. 継続透析 | 5. 腎不全経過観察 |
| 6. 臨時透析 ( 月 日～ 月 日) | 7. その他 ( ) |         |         |            |

※診療経過・病状等を下記にご記入いただくか、診療情報提供書をFAXいただくと幸いです

|      |           |      |             |
|------|-----------|------|-------------|
| 入院状況 | 入院中 ・ 入院外 | 透析状況 | 月 火 水 木 金 土 |
|------|-----------|------|-------------|

〒700-0923 岡山県岡山市北区大元駅前3-57

腎不全センター 幸町記念病院

電話：086-233-3011

FAX：086-225-1494

E-mail：saiwai@io.ocn.ne.jp