

電話受

月

日

:

担当者

胃瘻交換申込書 兼 診療情報提供書(FAX 用)

令和 年 月 日

紹介元機関

所在地

太枠の中をご記入の上
FAXして下さい。

TEL / FAX

医師氏名

| | | | | |
|--|--|-------|-------|-----------|
| フリガナ 患者氏名 | | | | 男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日生(歳) |
| 住 所 | 〒 - | | | TEL () - |
| 神戸朝日病院での 胃瘻交換歴 | 有 | ・ | 無 | ・ |
| ※胃瘻交換歴を 「無」「不明」に記 入された方 | <p>【使用中のカテーテル】 胃瘻の種類 製品名：()</p> <p><input type="checkbox"/>バルーン型 <input type="checkbox"/>チューブ <input type="checkbox"/>バンパー型 <input type="checkbox"/>ボタン</p> <p>サイズ (Fr cm)</p> | | | |
| 患者情報（臨床経過、現在の処方内容※、等）※お薬手帳のコピーでも可能です | | | | |
| <p>検査希望日</p> <p>第1希望 月 日 () 第2希望 月 日 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> ご都合の悪い日 ()</p> <p>※予約は(月)～(土)13時30分からとなります。 上記以外の時間をご希望の方はご相談下さい。</p> | | | | |
| 主保険 | 保険者番号 | | 記号・番号 | |
| | | | | |
| 併用保険 | 負担者番号 | 受診者番号 | 種別 | □有 □無 |
| | | | | |