|  |  |
| --- | --- |
| **足病センター予約専用申込書** | **松下記念病院　　　　ＦＡＸ（０６）６９９２-６６９７　（医療連携専用）** |
| **診療情報提供書（ＦＡＸ紹介予約申込書）** |

　年　　　　月　　　　日

**松下記念病院　足病センター宛**

㊞

医療機関名

医師氏名

住所

電話番号

ＦＡＸ番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者 | フリガナ | 生年月日 | 　□大　　□昭　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　□男　□女 | 　□平　　□令　　　　　　　　（　　　　　歳） |
| 今までに松下記念病院を受診したことが　　　　　　　　　　　　　　□ あります　　　　□ ありません |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的 | □ ABI低値、SPP低値　　　□ LDLアフェレシス導入依頼□ 足病リハビリ、心血管スクリーニング　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 気になる項目にチェックしてください | 右 | 左 |
| 足部潰瘍既往歴 | 潰瘍・切断　　　　　 □あり　□なし | 潰瘍・切断　　　　　 □あり　□なし |
| 自覚症状 | ご本人の訴え | 冷感　　　　 □あり　□なし痛み　　　　　□あり　□なし靴ずれ水疱　　　　　□あり　□なし跛行　　　　　□あり　□なし　潰瘍　　　　　□あり　□なし | 冷感　　　　 □あり　□なし痛み　　　　　□あり　□なし靴ずれ水疱　　　　　□あり　□なし跛行　　　　　□あり　□なし　潰瘍　　　　　□あり　□なし |
| 観　察 | 視力（自身の足が見えるか？） | □見える　□少し見える　□見えない | □見える　□少し見える　□見えない |
| 足の状態 | 表面温度 | □温かい　□やや冷たい　□冷たい | □温かい　□やや冷たい　□冷たい |
| 爪 | □陥入　□肥厚　□深爪　□伸びすぎ | □陥入　□肥厚　□深爪　□伸びすぎ |
| 色調変化 | □あり　□なし | □あり　□なし |
| 血　流 | ABI（あれば） | 　　　　　　　．　　　　　　　 | 　　　　　　　．　　　　　　　 |
| SPP（あれば） | 　　　　足背：　　　　　　　mmHg　　　　足底：　　　　　　　mmHg | 　　　　足背：　　　　　　　mmHg　　　　足底：　　　　　　　mmHg |
| その他医療情報および特記事項 | □　LDL吸着等アフェレシスの施行を自施設で継続したい（□はい □いいえ）□　LDL吸着等アフェレシスの自施設新規導入を検討したい（□はい □いいえ） |
| 受診希望日　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　　日　（　　　　　　）　　　　　　希望 |
| 患者様が待機されている等　FAX受信後、直ちに連絡の必要がありますか？　　　　　□　有 |

備考：予約申し込みのFAX送信は来院希望日前日までの、平日８：３０～１7：００にお願いいたします。

松下記念病院　患者支援連携センター

〒570-8540　　守口市外島町５番５５号　　直通TEL　（０６）６９９２-５３７３