

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

④

住 所

電 話 番 号

F A X 番 号

患 者	フリガナ	生年	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日
	氏 名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	(歳)
	今までに松下記念病院を受診したことが		<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません

紹介目的		<input type="checkbox"/> ABI 低値、SPP 低値 <input type="checkbox"/> LDL アフェレシス導入依頼			
		<input type="checkbox"/> 足病リハビリ、心血管スクリーニング <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		潰瘍・切断 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
自 覚 症 状	ご本人の訴え	冷 感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	冷 感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		痛 み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	痛 み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		靴ずれ水疱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	靴ずれ水疱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		跛 行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	跛 行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		潰 瘍	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	潰 瘍	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
観 察	視力 (自身の足が見えるか?)	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 少し見える <input type="checkbox"/> 見えない		<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 少し見える <input type="checkbox"/> 見えない	
足 の 状 態	表面温度	<input type="checkbox"/> 温かい <input type="checkbox"/> やや冷たい <input type="checkbox"/> 冷たい		<input type="checkbox"/> 温かい <input type="checkbox"/> やや冷たい <input type="checkbox"/> 冷たい	
	爪	<input type="checkbox"/> 陥入 <input type="checkbox"/> 肥厚 <input type="checkbox"/> 深爪 <input type="checkbox"/> 伸びすぎ		<input type="checkbox"/> 陥入 <input type="checkbox"/> 肥厚 <input type="checkbox"/> 深爪 <input type="checkbox"/> 伸びすぎ	
	色調変化	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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)			
		<input type="checkbox"/> 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?		<input type="checkbox"/> 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