

動脈瘤外来 診療情報提供書

20 年 月 日

紹介先 北信総合病院 心臓血管外科 御中

送信先 地域医療連携課 FAX受付 紹介元医療機関
TEL 0269-23-2160 所在地・TEL
FAX 0269-22-2812 医 師 氏 名

患 者	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日	歳	男・女
	住 所		TEL 携帯電話	—	—	—	—
傷 病 名							
紹 介 目 的 精査・加療・入院・手術・その他							
既 往 歴 薬剤アレルギー 有・無							
※該当項目に○印をつけてください。(ご不明な場合は空欄で構いません。)							
① 動脈瘤部位 :							
胸部 ・ 腹部 ・ 内臓動脈 (部位:)・ 末梢動脈 (部位:)							
(脳動脈瘤は脳神経外科になります。)							
② 瘤径 (短径) : mm							
③ 画像 : CT ・ エコー ・ その他(触診など)							
④ 症状 : なし ・ あり ()							
特記事項							
備考 1. 16歳(高校生)以上を対象とし、中学生以下の小児年齢の方の診療は行っておりません。 2. 画像・検査等のデータがございましたら添付して下さい。 3. お手元にあるお薬手帳をご持参いただくようにご説明ください。							