

記入例

診療情報提供書 (VAIVT専用)

FAX番号を間違えずに

申込日(西暦) 年 月 日

送付先: 予約専用 FAX:079-451-8653

【紹介元情報】 所在地 〒

地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 放射線診断IVR科

先生

名称 診療科 医師名 TEL FAX(必須)

【患者情報】

Table with patient information: Name (フリガナ, 氏名), Birth date (生年月日), Sex (男・女), Address (住所), Diagnosis (診断名), Referral purpose (紹介目的), Current status (現状), Referral date (予約希望日), Referral content (紹介内容).

必ず記入してください

必須情報を漏れなく記載してください

改訂:2025年4月

【必須情報】

Required information section: Shunt side (シャント肢), Previous VAIVT history (前回VAIVT歴), Recent shunt echo history (直近シャントエコー歴), Infection blood test results (感染症採血結果), HBs antigen (HBs抗原), HBc antibody (HBc抗体), HCV antibody (HCV抗体).

加古川中央市民病院 予約専用 FAX:079-451-8653 TEL:079-451-8651

予約受付時間は平日 月～金 9:00～17:30です。FAXは24時間受け付けておりますが、受付時間外のお申し込みは、原則、翌業務日以降のお返事となります。受付時間内のお申し込みでも、その時の予約状況等によって翌業務日以降のお返事になる場合がございますので、予めご了承ください。緊急時は必ずお電話をお願いいたします。