

《産科専用》 FAX 紹介受診者票(兼 診療情報提供書)

平成 年 月 日

宛先 FAX 022-293-0709

仙台医療センター紹介予約センター 行

〒983-8520 仙台市宮城野区宮城野 2-8-8 TEL022-293-0703

※夜間(17:15~)、土日祝日は連携室担当者不在のため、翌日または休日明けのお返事となりますのでご了承下さい。

※緊急の場合、平日日中の時間帯は TEL 022-293-1111 におかけください。

平日 17:15 以降・土日祝日は TEL 022-293-1119 におかけください。

▼発信元情報▼

医療機関名:	御担当医名:
電話番号:	FAX:

▼患者情報▼

フリガナ	生年月日: S H 年 月 日( 歳)
お名前	様 電話番号: 携帯番号:
住所 〒	—
旧姓:	当院受診歴: 無 有

▼依頼内容▼

診察日: <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 既に電話等で決定済み( 月 日 )	
週数(最終月経)	妊娠 週(最終月経 年 月 日)
分娩予定日	年 月 日( <input type="checkbox"/> 最終月経より <input type="checkbox"/> CRLより <input type="checkbox"/> その他 )
紹介目的 ※	<input type="checkbox"/> 妊婦健診全般 <input type="checkbox"/> セミオープン( <input type="checkbox"/> センタードネット <input type="checkbox"/> 共通ノート ) <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> その他( ) 共通 ID
経過概要	胎児心拍確認日 年 月 日(CRL mm) <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産(経膈分娩 回、帝王切開 回)
その他連絡事項等	婦人科的合併症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
※必ず記載を	他科合併症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
お願いします	既往出産時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) その他連絡事項:
診療情報提供書として本状を使用される場合、追加情報がございましたら、別紙にて本状に添付をお願いします	

下記は記入しないでください。

ID番号	受診実績 無・有 ( 年 月頃 科)
------	--------------------