

# ABR・DPOAE 依頼伝票(FAX)

年 月 日

日本鋼管福山病院

地域連携室 行

FAX 084-945-3699

TEL 084-945-3091

受付時間: 月～金曜日 8時45分～17時00分  
土曜日 8時45分～13時00分  
(7～9月の土曜日は対応不可能です)

●貴施設

ご施設名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

医師氏名(診療科) \_\_\_\_\_

電 話 番 号 ( ) - \_\_\_\_\_

F A X 番 号 ( ) - \_\_\_\_\_

●患者基本情報(必ずフリガナをご記入下さい)

フリガナ		性 別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 ( 歳 )
現住所	〒 _____	※電話番号( ) - _____	
当院の受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不詳 ・ <input type="checkbox"/> 有 → ( カルテ番号 _____ - _____ 分かれば記載願います )		
※重複登録防止のため、当院の受診歴のある方で姓が変わられた方の旧姓を確認させていただいております。		旧姓 ( )	
患者さんの状況	<input type="checkbox"/> 現在外来で返事を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他( )		
今回の受診は …… 交通事故 ・ 労災 ・ どちらでもない	当院受診時の状況 …… 入院中(または入所中)		
来院時の状態 …… 歩行可 ・ 車イス ・ ストレッチャー	※通院中の場合は、記載不要です。		
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( )

●診断名・症状・検査目的をご記入・チェック下さい。

診断名または症状	_____		
検査目的	<input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> DPOAE <input type="checkbox"/> ABR + DPOAE		

●検査希望日

①	月	日 ( )	午後	②	月	日 ( )	午後
③	月	日 ( )	午後				

ご紹介有り難うございました。

折り返し上記のFAXあてに「診察予約票」をお送りいたしますので、「診察予約票」を患者さんにお渡しください。受付時間を過ぎての申込は翌日の連絡とさせていただきますので、ご了承願います。

お急ぎの時は、太枠の項目のみの記入で構いません。

また、保険証のコピーをFAXいただければ、受付の待ち時間短縮につながります。

広島県医師会の「HMネット」への参加を希望する   
広島県医師会の「HMカード」はすでに持っているので、当院の診療情報開示ラベルの印刷のみを希望する