

山口大学医学部附属病院 間質性肺炎専門外来 患者紹介シート

申し込み日: 年 月 日

紹介先: 山口大学医学部附属病院 患者支援センター 行

FAX:0836-22-2474

TEL:0836-22-2167

【紹介元情報】

医療機関名		医師氏名	
TEL番号		FAX番号	

【患者情報】

現在の状況	紹介元の医療機関において ☐ 入院中 ☐ 通院中		
山口大学病院受診歴	☐ 有り ID(診察券の番号が分かる場合) () ☐ 無し ☐ 不明		
フリガナ		性別	☐ 男性 ☐ 女性
氏 名		生年月日	☐ 西暦 ☐ M ☐ T ☐ S ☐ H ☐ R 年 月 日 () 歳
電話番号	自宅 ー ー	勤務先	ー ー
	携帯 ー ー	その他	ー ー

間質性肺炎外来	第2, 第4 水曜日 PM2時～4時 担当医師:大石 景士
	第1, 第3 木曜日 PM2時～4時 担当医師:浅見 麻紀

紹介の目的・今後の方針に関してお聞かせください。

紹介の目的	☐ 診断・治療	☐ 診断のみ	その他()
今後の方針	☐ 投薬・治療がない経過観察であれば自院で実施したい。		☐ 経過観察を含めてお任せしたい。
薬剤処方	☐ 紹介元で対応	☐ 特殊薬のみ紹介先で処方希望	☐ 全て紹介先で処方希望
連絡事項など (既往歴, 御要望等お伝え したい事がございましたら ご記載ください)			

【山口大学病院記入欄】 以下は本院使用欄です。記入は不要です。

受診予約表

患者氏名 診察券番号

受診決定日時 年 月 日() 時 分 ~ 時 分

受診診療科名 担当医

* 診察当日は,健康保険証,公費受給者証等,紹介状,検査データ等を受付①番窓口提出してください。

* 診察まで多少お待ちいただく事があります。ご了承ください。