

産科専用 FAX紹介受診者票 (兼 診療情報提供書)

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2-11-12 TEL022-293-0703

※夜間(17:15～) 土日祝日は連携室担当者不在の為、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 平日の日中の時間帯は、

TEL 022-293-1111にお掛けください。

平日17:15以降.土日祝日は

TEL 022-293-1119にお掛けください。

▼発信元情報▼

医療機関名： 御担当医名 (紹介状記載医師名をご記入下さい)

電話番号：

FAX番号：

▼患者情報▼

フリガナ 生年月日： 年 月 日 (歳)

お名前 外国人の方(国籍：)

住所 〒 -

電話番号：

携帯番号：

当院受診歴： 無 有 (旧姓)

▼依頼内容▼

週数(最終月経)	妊娠 週(最終月経 年 月 日) ※申込時7週以降
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"/> 分娩予約 <input type="checkbox"/> 緊急時対応(婦人科で対応) <input type="checkbox"/> その他()
経過概要 その他連絡事項等	胎動心拍確認日 年 月 日(CRL mm) ※申込時CRL10mm以上 <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産(経膈分娩 回、帝王切開 回) 婦人科的合併症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 他科合併症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 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：
※必ず記載をお願いします。	※以下の事項につきご確認ください。 <input type="checkbox"/> 里帰りや転居の予定はありません。 <input type="checkbox"/> 緊急時に当院へ来院可能な地域に住んでいます。 <input type="checkbox"/> 他の分娩施設を予約していません ※外国人の方について 日本語を話せますか。 <input type="checkbox"/> 話せます <input type="checkbox"/> 話せません ⇒ 一緒に通院できる通訳の方 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 出産までに帰国はしません。

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)

R3.1月更新