記載日：　　　年　　　月　　　日

**埼玉県済生会 加須病院**

　心臓血管外科　　岩朝医師 宛　　　　　　　**【紹介元医療機関】**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名称

〒347-0101　埼玉県加須市上高柳1680　　　　　　　　所在地

TEL：0480-70-0888(代表)　　　　　　　　　　　TEL：

来院希望日　　　 　　　　　　　　　 　　　　　 診療科名　　　　　　　　　　　　　　　科

[ ] 希望日　　　月　　　日（　　）　　　　　　 　医師名　　　 　　　　　　　　　　㊞

[ ] 希望なし　　[ ] 後日患者様より連絡

埼玉県済生会加須病院 受診歴（有　・　無　・不明）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ　　患者氏名　  | (性別)男・女 | 生年月日 （大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所　（〒　　　　　　　　）　　　　　TEL：　 |
| 【紹介目的】 |
| [ ]  下肢静脈瘤＜疾患該当箇所 ※分かる範囲でご記入ください＞[ ]  両足　　[ ]  左足　　[ ] 右足 [ ] うっ滞性皮膚炎 [ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現病歴及び現症状 （検査所見・治療経過等含む） |
| [ ] 下腿の血管がミミズ腫れ　　　[ ] こむら返り（足がつる）　　[ ] 色素沈着（下腿の皮膚が浅黒くなりかけている）[ ] 下腿の潰瘍　　　　　　　　　[ ] 血管の浮き出ている箇所の皮膚が熱を持っている　[ ] その他　　　　 |
| 既往歴及び家族歴薬物アレルギー（　　　　） |
| 現在の処方　 [ ] お薬手帳を持参します |
| 備考　　別途添付　　[ ] 画像（CD-R・ﾌｨﾙﾑ）　[ ] 採血・尿等検査結果　　[ ] 心電図記録等 [ ] その他( ) |