**訪問診療依頼書　FAX：092-707-1110まで**

天神けやきクリニック　医療連携室　室長　園部宛　　まで

下記記載後、FAX(092-707-1110)にてお送り下さい。

**依頼元病院情報**

1. 病院名：
2. 担当者名：
3. 電話番号：

**患者様情報（個人が特定できない範囲でご記入下さい）**

1. 年齢：
2. 性別：
3. 病名：
4. 住所（町名まで、丁目以降は記載しないでください）
5. 問題点（自由記載）

**訪問診療医への希望（□にレ点でチェックお願い致します）**

□現在は一般内科レベルで可

□はじめから専門性必要

専門性必要にレ点チェックした場合、下記についてもチェックして下さい。

□循環器内科　□呼吸器内科　□消化器内科　□腎臓内科

□神経内科　□代謝内分泌・糖尿病内科　□緩和ケア内科

□その他（診療科：　　　　　　　）