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：　　）