

ASO 患者紹介状票

カナ

氏名 _____ 男性 女性

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 歳

患者電話連絡先① _____

② _____

症状 冷感・しびれ 間欠性跛行
安静時疼痛 皮膚潰瘍
その他 (_____)

既往症・併発症

糖尿病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患

透析・腎機能低下 (Crea : _____)

その他 (_____)

ABI 値 あり (右 _____ /左 _____) なし

CT/MRI 画像 あり なし

紹介元医療機関名

_____ 病院・医院・クリニック _____ 科 _____ 先生

備考・連絡事項など

処方箋のコピー等で投薬案内も併せてお教え下さい

FAX 先：0178-72-5222 (八戸市立市民病院 医療連携室)