

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：0 1 7 8 - 7 2 - 5 2 2 2 (八戸市立市民病院 地域医療連携室)