

東京警察病院 FAX:03-5343-5761(連携室専用)

※ 時間外・休日の送信分につきましては、翌日(日・祝日除く)のご連絡となります

トルバプタン導入入院依頼書

※血清Na値 140mEq/L以上、認知症で口渇を感じない方は対象にならない事があります

《紹介患者情報》 <フリガナ> 患者様氏名 : _____ 様 生年月日 : 明・大・昭・平 : _____ : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 性別 : 男性 女性 住所 : 〒 _____ 電話番号 : _____ 希望時間 : _____ ※入退院係より入院の詳細について 8:15~17:00(日・祝日除く)の間で連絡します。 連絡可能な電話番号と希望時間をご記入ください。	《紹介元情報》 <フリガナ> 医療機関名 : _____ 〒 所在地 : _____ 電話番号 : _____ FAX番号 : _____ 診療科 : _____ 科 印 ご担当医師名 : _____
--	---

入院希望日 : 月・火・水・金 (希望日がある場合はご記入ください)

① 月 日	② 月 日	③ 月 日	④ 特になし
-------	-------	-------	--------

検査数値(月 日 実施) ※3ヶ月以内

血中BUN値	mg/dl	血清Cr値	mg/dl
血清Na値	mEq/L	ヘモグロビン値	g/dl
血清アルブミン値	g/dl		

入院後当院での外来併診フォローを希望しますか

・希望する ・希望しない

《備考・特記事項》