

# 診療情報提供書（予約票）

記載年月日

年 月 日

〒004-8618

札幌市厚別区厚別中央2条6丁目2番1号

独立行政法人 地域医療機能推進機構

札幌北辰病院

医療連携・相談室 宛

直通電話 (011) 893-5884

直通FAX (011) 893-3340

E-mail: renkei@hokushin.jcho.go.jp

(紹介元医療機関)

住 所

名 称

電 話 番 号

F A X

依 頼 医 師 名

印

I D

現在入院中

施設入所中

フリガナ		患者様	
患者様氏名	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	住 所	
生年月日	年 月 日 (才)	T E L ( )	-

診察希望

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
総合診療科	糖尿病内科	腎臓内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	リウマチ科	血液内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線診断科	病理診断科

検査希望 (画像診断含む)

読影

要

不要

<input type="checkbox"/> C T (部位:	) ※造影剤使用 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> どちらでもよい
<input type="checkbox"/> MRI (部位:	) <input type="checkbox"/> 核医学<RI> (検査項目:
<input type="checkbox"/> 血管造影<iv-DSA> (部位:	) <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 超音波 ( <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 甲 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 心)
<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡 ( <input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部) <input type="checkbox"/> 消化器バリウム ( <input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部)	<input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> API <input type="checkbox"/> その他 ( )

紹介目的	<input type="checkbox"/> 1.診療 <input type="checkbox"/> 2.検査 <input type="checkbox"/> 3.その他 ( )
主訴又は傷病名	
既往歴(検査含む)及び家族歴	
症状経過 治療経過 現在の処方等	
	※CT・MRIを希望される場合は、eGFR値またはクレアチニン値をご記入ください eGFR= (検査日 年 月 日) クレアチニン= (検査日 年 月 日)
患者様の状態	身長 ( cm) 体重 ( kg) <input type="checkbox"/> 歩行可・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー 感染症 ( <input type="checkbox"/> 未検・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> HB・ <input type="checkbox"/> HC・ <input type="checkbox"/> TPHA・ <input type="checkbox"/> MRSA・ <input type="checkbox"/> 他 )
要望・留意事項等	体内外金属 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 薬剤過敏 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 有の場合内容記入 (薬剤過敏の場合薬品名も) 腎不全 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 造影剤過敏 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 具体的内容 ( )
希 望 日	

※当院は全面禁煙です。 ※開放型病床を設置しています。

□にチェックしてください。

※万一、誤送信の場合はお手数ですが、送信者までご連絡くださいますようお願い申し上げます。