

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"/>	<input type="checkbox"/>
総合診療科	神経内科	腫瘍内科	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	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	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"/> CT (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	
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。