

診療情報提供書(予約票)

記載年月日
平成 年 月 日

地域医療機能推進機構 北海道病院

紹介元

科() 医師宛)

住 所
医療機関名
医師氏名
電話番号
FAX番号

印

地域連携相談室
直通TEL 0120-515-830
FAX 011-815-1005

フリガナ		患者住所	
患者氏名	様 (男・女)		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	TEL	() -

診療科

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
心臓血管センター		消化器センター		呼吸器内科	糖尿内分泌内科	膠原病内科	禁煙外来	腎臓内科	神経内科	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	麻酔科
心臓内科	心臓血管外科	消化器内科	消化器外科																

内容(画像診断含む)

1. 画像検査 CT・MRI・RI	CD-ROM・フィルム (どちらかをお選びください)
2. 部位() Cr値() 透析(+ / -)	お届け方法 (郵送・お持ち帰り)
3. 造影できない理由()	
4. 消化器内視鏡 (上部・下部・小腸・経鼻)	5. エコー (腹部・心・その他)
6. 血管造影	
7. 聴力・めまい検査	8. 睡眠時無呼吸症候群検査
9. 眼科特殊検査：視野検査 (G-P,HFA) 蛍光眼底、OCT、その他 (光凝固など)	
10. ESWL (尿路結石破砕術)	11. その他 ()

紹介目的	1.診療および検査	2.検 査	3.入 院	4.その他 ()
主訴又は傷病名				
既往歴 (検査含) 及び家族歴				
症状経過 治療経過 現在の処方等				
患者の状態 感染症・薬剤アレルギー等	歩行可・車椅子・ストレッチャー 感染症 (未・無・有 /) 薬剤過敏 (無・有) 体内外金属 (無・有)			
要望事項 留意事項等	受診希望日 月 日 () 午前・午後			

主保険	保険者番号							
0.本人								
	記号				番号			
1.家族								

併用保険	負担者番号								受給者番号							
1.老 () 割																
2.乳・母・障	市町村番号															
3.その他 ()																