

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)			患者住所			
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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
循環器内科	心臓血管外科	消化器センター 消化器内科	消化器外科	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	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	総合診療救急科

内容 (画像診断含む)

1. 画像診断 CT・MRI・RI	CD-ROM・フィルム (どちらかをお選びください) お届け方法 (郵送・お持ち帰り)
2. 部位 () Cr値 () 透析 (+ / -)	
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 (尿路結石破碎術)	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 (検査名) 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				受給者番号			
3. その他 ()								