

診療情報提供書(予約票)

記載年月日

地域医療機能推進機構北海道病院

紹介元

年 月 日

科 (医師宛)

住 所
医療機関名
医師氏名
電話番号
FAX 番号

総合支援センター
直通TEL 0120-515-830
FAX 011-815-1005

・ 担当者

フリガナ		患者住所	
患者氏名	様 (男・女)		
生年月日	大・昭・平・令 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	総合診療救急科 Dr to Dr 予約不可
循環器内科	心臓血管外科	消化器内科	呼吸器内科	糖尿・内分泌内科	膠原病内科	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	禁煙外来	麻酔科	

内容 (画像診断含む) ※ 当院は原則午前診療です。外来担当表を参照して下さい。

1. 画像診断①CT・MRI・RI ② 部位() Cr値() 透析(+ / -) ③ 造影できない理由()	
2. 消化器内視鏡(上部・下部・小腸) 3. エコー(腹部・心・その他)	
4. 聴力・めまい検査 5. 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)	
6. ESWL (尿路結石破碎術) 7. 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	
受診歴	1.無 2.有 (登録時の氏名や旧姓、又は時期)
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)
患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定: 月 日)
受診希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望 月 日 () 午前・午後 <input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 受診不可日
要望・留意事項等	希望医師 1.無 2.有 (医師名) 資料 1.無 2.有 (資料事前郵送 ・ 当日持参)

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 ()		