

診療情報提供書（予約票）

記載年月日 年 月 日

地域医療機能推進機構北海道病院

科（ 医師宛）

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

紹介元
住所
医療機関名
医師名
電話番号
FAX 番号

・担当者

※採血・検尿データがある場合は併せて FAX 送付ください

フリガナ	住所
氏名： 様（男・女）	
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日（ ）歳	TEL
身長： cm 体重： Kg ※呼吸器内科に予約お申し込みの方	JCHO 北海道病院・健康管理センター受診歴 ☐ 有：旧姓（ ） ☐ 無
・Cr 値（ ） eGER 値（ ） ・感染症（未・無・有： ）	・アレルギー（無・有： ） ・体内外金属（無・有： ）
ADL：歩行可・車椅子・ストレッチャー	

診療科：御希望の科に○を付けてください ※当院は原則午前診療です。外来担当表をご参照ください

																		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	糖尿病内分泌内科	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	総合診療救急科 (Dr to Dr)

紹介目的	1.診療および検査 2.検査 3.入院 4.その他（ ）
	1.画像診断 CT（単純・造影）・MRI（単純・造影）・RI 部位（ ） 透析（＋／－） 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、光凝固など 6.ESWL（尿路結石碎石術） 7.その他（ ）
主訴又は傷病名	
症状経過 治療経過 既往歴 現在の処方等	☐ 別紙参照
受診希望日	☐ 希望日（ ） ☐ 受診不可日（ ） ☐ いつでも可能
資料	☐ 当日持参 ☐ 事前郵送（総合支援センター宛て、前日必着）※CD-R は事前郵送お願いします
要望・留意事項	希望医師 1.無 2.有（医師名： ） ☐ Dr to Dr 済み（医師名： ）
患者の状況	☐ 外来で待っている ☐ すでに帰宅 ☐ 入院中（退院予定： 月 日）