

診療情報提供書（予約票）

記載年月日

札幌孝仁会記念病院提出用

年 月 日

札幌孝仁会記念病院

医療連携相談部 宛

直通TEL 011-676-7430

FAX 011-665-0123

紹介元

住 所

医療機関名

医師氏名

電話番号

FAX 番号

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

希望診療科名に○ ※完全予約制

*婦人科外来は札幌西孝仁会クリニックでの診療

*放射線治療科は札幌高機能放射線治療センターへ ⇒ 011-676-7432 (FAX) 011-676-7419 (TEL)

脳神経外科	心臓血管外科	血管外科	消化器外科	整形外科	脊椎脊髄外科	呼吸器外科	※耳鼻咽喉科	※頭頸部外科	※形成外科	婦人科	乳腺外科	脳神経内科	循環器内科	呼吸器内科	消化器内科	腎臓内科	糖尿病内科	腫瘍内科	泌尿器科	※放射線診断科
希望日時			第1希望日 月 日		時頃		□何時でもよい □なし		第2希望日 月 日			時頃		□何時でもよい □なし						
希望医師			医師の指定は□無・□有 (医師)																	

検査項目	□CT(部位)□単純□造影□3D	※造影の場合は下記項目にチェック 造影剤過敏(□有・□無) ビグアイド系糖尿病治療薬内服(□有・□無) 腎機能異常 (BUN: クレアチン: 月 日の検査値)
	□MR(部位)□単純 □造影	
	□RI(種類)	
	□心電図(□24Hホルタ-□トレッドミル)	
	□超音波検査(部位)	
	□睡眠時無呼吸検査	
□その他()		

紹介目的	□検査 □診断 □治療 □その他 ()
	検査のみの場合-----当院医師の読影・診断を □要・□不要

診断名	
-----	--

症状経過 治療経過 処方等	(紹介元書式の診療情報提供書送付可)
---------------------	--------------------

患者の状態	身長()cm 体重()kg □歩行可 □車椅子 □ストレッチャー 体内外金属(□有・□無) 感染症(□未 □HB □HC □TPHA □MRSA □他) 薬剤過敏(□有・□無)薬物アレルギー(□有・□無)
-------	---

患者の状況	□紹介元医療機関で予約連絡待ち □紹介元医療機関で入院中 □帰宅済みで、紹介元医療機関からの連絡待ち □帰宅済み
-------	---

要望・留意事項等	
----------	--

紹介元担当者の部署・氏名	
--------------	--

持参資料 (□無 □当日持参 □郵送---□X線 □CT □MR □内視鏡 □超音波 □心電図 □検査記録)