

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011-676-7419へ電話

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
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	※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: ㍻㍻㍻: 月 日の検査値)
	☐ MR(部位) ☐ 単純 ☐ 造影	
	☐ RI(種類)	
	☐ 心電図(☐ 24Hホルター- ☐ 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）