診療情報提供書（予約票）

記載年月日　　年　月　日

札幌孝仁会記念病院提出用

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

脳神経外科	心臓血管外科	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	※乳腺外科	※形成外科	婦人科	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	※内科	腫瘍内科	泌尿器科	※放射線治療科	※東洋医学診療科

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　) ﾋﾞｸﾞｱﾅｲﾄﾞ系糖尿病治療薬内服(　□有・□無　) 腎機能異常 (BUN： ｸﾚｱﾁﾆﾝ：　月　日の検査値)
	□ＭＲ(部位　)□単純　□造影	
	□ＲＩ(種類　)	
	□心電図(□24H ﾎﾙﾀｰ□ﾄﾚｯﾄﾞﾐﾙ　)	
	□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
主訴又は診断名	
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）