札幌孝仁会記念病院提出用

記載年月日

年　　月　　日

**診療情報提供書（予約票）**

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 |  |

**希望診療科名に〇**※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 | 血管外科 | 消化器外科 | 整形外科 | 脊椎脊髄外科 | 呼吸器外科 | 頭頸部外科  ※耳鼻咽喉科 | ※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 | 腫　瘍　内　科 | 泌尿器科 | ※放射線診断科 | ※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）