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）