

(様式1)

診療情報提供書 (患者紹介予約申込書)

(申込年月日) 平成 年 月 日

北海道せき損センター
医療連携室 宛

〒072-0015 美唄市東4条南1-3-1
TEL (代表) 0126-63-2151
FAX (直通) 0126-62-7756

(紹介元医療機関) 〒 -

住所
名称
医師名
TEL
FAX

| | | | | | | |
|-------|-------------------------------------|-------------|-----|-----|---------|--|
| フリガナ | | | 住所 | | | |
| 患者氏名 | 男 | | TEL | | | |
| | 様 女 | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 月 日 (歳) | | | | |
| 保険情報 | 共済組合 組合健保 協会健保 国保 後期高齢 生保 自費 労災 その他 | | | | | |
| | 保険者番号 | | ・本人 | 負担割 | 公費負担者番号 | |
| | 記号・番号 | | ・家族 | 1・3 | 公費受給者番号 | |
| 当院受診歴 | 有り (ID カード番号)・無 | | | | | |

※ 保険などは、分かる範囲でご記入下さい。

診療希望

希望医師名

※担当医を当院にお任せ頂ける場合は未記入で可

(受診希望日: 第1希望 月 日 ・第2希望 月 日 ・第3希望 月 日)

| | | | | | |
|-------|---------------|-------------|--------------|---------|--------------|
| 【診療科】 | 1. 内科 | 2. 循環器内科 | 3. 外科 | 4. 整形外科 | 5. 形成外科 (外来) |
| | 6. 脳神経外科 (外来) | 7. 皮膚科 (外来) | 8. 泌尿器科 (外来) | | |
| | 9. リハビリテーション科 | 10. 歯科 (外来) | | | |

検査希望 (コメントの有・無)

| | |
|--------------------|---------------------|
| 1. CT (部位:) 単純・造影 | 2. MRI (部位:) 単純・造影 |
| 3. RI (部位:) | 4. 骨塩定量 |
| 5. 脳波 | 6. その他 () |

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------|--------------|----------------|
| 紹介目的 | 1. 診察 2. 検査 3. その他 () | | |
| 主訴又は傷病名 | | | |
| 既往歴 (検査含む) | | | |
| 症状経過 治療経過 (現在の処方等) | | | |
| 患者様の状態 | CT 検査歴: 有・無・不明 | 身長 cm、体重 kg | 喘息: 有・無 |
| | 患者状況: 独歩 歩行器 車イス ストレッチャー | 妊娠の可能性: 有・無 | |
| | 腎臓機能: 正常・異常 | 造影剤歴: 有・無・不明 | アレルギー: 有 ()・無 |
| | 造影剤使用時の反応: 無・かゆみ・発疹・その他 () | | |
| | ビグアナイド系薬剤の服用: 有・無 | | |
| | MRI 検査歴: 有・無・不明 | ペースメーカー: 有・無 | |
| | 体内外金属: 有 ()・無 | | |
| 要望・留意事項 | | | |