（様式１） 診療情報提供書（患者紹介予約申込書）

（申込年月日）　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 北海道せき損センター医療連携室　宛 | （紹介元医療機関） | 〒　　　− |
| 住　所 |  |
| 名　称 |  |
| 〒072-0015　美唄市東４条南１−３−１ | 医師名 |  |
| TEL（代表）０１２６−６３−２１５１ | TEL |  |
| FAX（直通）０１２６−６２−７７５６ | FAX |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 住所 |  |
| 患者氏名 | 男　様　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳） | TEL |  |
| 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３．RI（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　）５．脳波 | ２．MRI（部位：　　　　　　　　　　　）単純・造影４．骨塩定量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　　㎝、体重　　　㎏ | 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 | ｱﾚﾙｷﾞｰ：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 |  |