

# 診療情報提供書（申込票）

年 月 日

社会医療法人 札幌清田病院 地域医療連携室 宛 紹介元医療機関  
 〒004-0831 住所  
 札幌市清田区真栄 1 条 1 丁目 1-1 名称  
 F A X 番号（直通） 011-883-8221 依頼医師  
 電話番号（直通） 011-883-6114 電話番号

現在入院中  施設入所中  当院受診歴（有・無）

<small>ふりがな</small> 患者様氏名	様（男・女）	患者様住所	〒
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	( ) -
希望医師			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 内視鏡外科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科 <input type="checkbox"/> PEG造設（入院） <input type="checkbox"/> PEG交換		
希望検査	<input type="checkbox"/> 消化管内視鏡 上部消化管（ ）・下部消化管（ ） <input type="checkbox"/> バリウム検査：上部消化管（ ）・下部消化管（ ） <input type="checkbox"/> エコー 部位（ ） <input type="checkbox"/> CT 部位（ ）単純・造影		
主訴または傷病名			
既往歴			
症状経過 治療経過 ※1			
現在の処方等			
患者様の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 身長（ cm） 体重（ Kg） 感染症：（未検・無・有） HBV・HCV・TPHA・MRSA（部位 ） アレルギー：薬物（無・有 ）造影剤（無・有 ）		
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 X P ・ C T ・ 心電図 ・ 検査記録 ・ C D R ・ 他 <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 郵送		
要望	受診希望日時 <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 時頃 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
留意事項			
保険情報	保険者番号 ・ 記号 ・ 番号		公費種別 ・ 受給者番号

※1 貴院様式で結構ですので、その場合は別紙を添付して下さい。  
 ※2 予約に関する返答は、20 分以内に F A X または電話でのお知らせを予定しておりますが、お待たせする場合がございます。  
 予約に時間を頂く場合は、その旨をお知らせ致します。病院休診日の場合は翌日以降のお知らせとなります。ご了承下さい。  
 ※3 緊急入院を依頼される場合は、担当医師までご連絡下さい。