

診療情報提供書（申込票）

平成 年 月 日

医療法人 清田病院 地域医療連携室 宛
〒004-0831
札幌市清田区真栄1条1丁目1-1
電話番号 (直通) 011-883-6114
(代表) 011-883-6111
FAX番号 011-882-7477

紹介元医療機関
住 所
名 称
依頼医師
電話番号
FAX番号

現在入院中 施設入所中 当院受診歴 有 無

フリガナ 患者様氏名	様 男・女	患者様住所	〒
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	電話番号	() —
希望医師			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査及び診断 <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： <input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 HBV・HCV・TPHA・MRSA (部位) アレルギー：薬物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 造影剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (XP・CT・心電図・検査記録・CDR・他) <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 郵送		
要望 留意事項	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 ()		
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 受診に関する返答は、20分以内にFAX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。

予約に時間をいただく場合は、その旨をお知らせいたします。病院休診日の場合は翌日以降のお知らせとなります。ご了承ください。

※3 緊急入院を依頼される場合は、当院医師に直接ご連絡下さい。