

診療情報提供書(検査依頼)

社会医療法人 鳩仁会 札幌中央
病院
医療連携・相談課 宛
〒064-0809
札幌市中央区南9条西10丁目1-50

記載年月日 平成 年 月 日
御紹介元医療機関
御住所
医師御氏名
TEL

フリガナ		患者様住所	
患者様氏名			
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	電話番号	— — —

◆紹介目的◆ ※□をお願いします

<input type="checkbox"/> 診察依頼	<input type="checkbox"/> 検査依頼	<input type="checkbox"/> その他
-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

診察依頼

希望診療科	<input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 人工
指定医師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 医師

検査依頼

検査名	
CT	頭部・胸部・腹部・その他()
MRI	頭部・頸部・椎体(頸・胸・腰)・四肢()・腹部(肝・腎・膵・胆・膀胱・骨盤)・その他
エコー	胸部・腹部・心臓・頸部・その他
骨密度	
内視鏡	胃(経口・経鼻)・大腸
既往歴	
症状・所見・検査目的等	
	<input type="checkbox"/> 大至急 <input type="checkbox"/> 早めに <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 希望日時(月 日 午前・
患者様の状態	身長 () Cm 体重 () Kg 歩行可・車椅子・ストレッチャー
	感染症 未・無・有/HBs/HCV/TPHA/MRSA/他 抗凝固剤の服用
	薬剤過敏 不明・無・有
	腎機能異常 不明・無・有 造影剤過敏 不明・無・有
	ペースメーカー 有・ 人工内耳 有・ 体内外金属 無・有
要望事項	

- 備考1. 枠内へ必要事項をご記入の上、送信お願い致します。
 2. 15分程度で【予約票】をFAXにて返信いたします。(時間を要する場合は電話にて連絡致します。)
 3. 必要がある場合には、画像診断フィルム、検査記録などを添付してください。
 4. 記入欄不足の場合は、お手数ですが貴院様式で結構ですので別紙を添付してください。