

# 診療情報提供書 (受診申込票)

記載日 年 月 日

紹介元医療機関

〒006-8555 札幌市手稲区前田1条12丁目1-40  
手稲溪仁会病院

所在  
名称

地域連携福祉センター 宛

医師名 (診療科)

TEL : 011-685-2904  
FAX : 011-685-2908

TEL ( ) —  
FAX ( ) —

フリガナ		性別	住所	
患者氏名		男 女	電話	( ) —
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)			手稲溪仁会医療センターの受診歴 有 ・ 無
受診希望日時	第一希望日 月 日 ( ) 時頃 ・ 何時でもよい ・ その他 ( )			
	第二希望日 月 日 ( ) 時頃 ・ 何時でもよい ・ その他 ( )			
患者の状況	・ 貴医療機関で予約票返信待ち		・ 帰宅済みで、貴医療機関からの連絡待ち	
希望診療科	診療科を○で囲んで下さい			
	外科・血液内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・腎臓内科・耳鼻咽喉科/頭頸部外科・整形外科・精神保健科・小児循環器・心臓血管外科・産科・婦人科・泌尿器科・脳神経外科・放射線治療科・麻酔科・眼科・総合内科・リウマチ科・小児科・形成外科・皮膚科 歯科口腔外科・小児歯科 (直接外来直通電話011-685-2571にお問合せ下さい)			
紹介目的	1. 検査及び診断 2. 治療 3. その他 ( )			
主訴又は傷病名				
既往歴 (検査含) 及び家族歴				
症状経過・治療経過・現在の処方等				
患者の状態	身長 ( ) cm 体重 ( ) kg	歩行可・車椅子・ストレッチャー		
	体内外金属 (無・有 )	感染症 (未・無・有/HB/HC/TPHA/MRSA/他 )		
	薬剤過敏 (無・有 )	薬物アレルギー (無・有 )		
	腎機能異常 (無・有 )	造影剤過敏 (無・有 )		
要望・留意事項等				
紹介元担当者の部署・氏名				

持参資料 (無・有……X線・CT・MR・内視鏡・超音波・心電図・検査記録・ )