

診療情報提供書 (受診申込票)

記載日 年 月

〒006-8555 札幌市手稲区前田1条12丁目1-40

紹介元医療機関の所在・名称

手稲溪仁会病院

地域医療連携室 宛

TEL:011-685-2904

FAX:011-685-2908

医師名

TEL () -
FAX () -

フリガナ		性別		住所	
患者氏名		男		電話	() -
		女			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			病院の受診歴 有 ・ 無	
受診希望日時	年 月 日 () 時頃 ・ 何時でもよい ・ その他 ()				
希望診療科	診療科を○で囲んで下さい 内科・血液内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・腎臓内科・精神保健科・小児科・小児循環外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・神経内科・心臓血管外科・泌尿器科・皮膚科・産科・婦眼科・耳鼻咽喉科・放射線科・麻酔科				
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 感染症 (未・無・有/HB/HC/TPHA/MRSA/他) 体内外金属 (無・有) 薬剤過敏 (無・有) 腎機能異常 (無・有) 造影剤過敏 (無・有)				
要望・留意事項等					

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