

〒006-8555 札幌市手稲区前田1条12丁目1-40
手稲溪仁会病院
患者サポートセンター 地域連携・医療相談室 宛

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

紹介元医療機関

所在
名称

医師名 (診療科)

担当者名(部署) ()

TEL () -

FAX () -

フリガナ		性別		住所	
患者氏名		男		電話	() -
		女			
生年月日	和暦 明・大・昭・平・令 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1希望日 月 日 () 時頃 ・ 何時でもよい ・ その他 ()				
	第2希望日 月 日 () 時頃 ・ 何時でもよい ・ その他 ()				
患者の状況	・ 紹介元医療機関で予約票待ち ・ 紹介元医療機関で入院中 ・ 帰宅済みで、紹介元医療機関からの連絡待ち ・ 帰宅済みで、患者から当院へ直接予約連絡 ※1 (病状的に急ぐ場合は対応不可)				
希望診療科	診療科を○で囲んでください 消化器内科・整形外科・耳鼻咽喉科/頭頸部外科・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・リウマチ科・腎臓内科・循環器内科・血液内科・呼吸器内科・小児科 形成外科・皮膚科・外科・放射線診断科				
外来で予約 対応を行う 診療科	* 下記の診療科については、記載の電話番号にご依頼ください* 総合内科・小児循環器・精神保健科（連絡先：代表番号011-681-8111） 歯科口腔外科・小児歯科（連絡先：歯科口腔外科外来直通番号011-685-2571）				
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（紹介元書式の診療情報提供書添付も可）					
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					

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

※ 1 FAX送信後 1 ヶ月以内に上記患者サポートセンター直通までお電話いただくようお願いいたします。情報の保管は 1 ヶ月となります。