

# 診療情報提供書 (受診申込票)

記載日 年 月 日

〒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

紹介元医療機関

所在  
 名称

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		電話	( ) -
		女			
生年月日	和暦 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 ) 西暦	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 (※病状的に急ぐ場合及び血液内科予約時は対応不可)				
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・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・腫瘍内科・眼科・総合内科・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				
	歯科口腔外科・小児歯科 (直接外来直通電話011-685-2571にお問合せください)				
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 (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					
紹介元担当者の部署・氏名					

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 )