

## 診療情報提供書(検査・診察予約依頼書)

記載日 年 月 日

## ■ 紹介先 ■

## 札幌南三条病院 地域連携室

〒060-0063 札幌市中央区南3条西6丁目

直通FAX 011-233-3020

直通TEL 011-233-3010

## ■ 紹介元医療機関 ■

住所 〒 -

名称

TEL

FAX

診療科医師氏名

科

フリガナ				患者様住所	〒 -		
患者様氏名	様	男・女			電話番号	自宅)	-
生年月日	(大・昭・平)	年	月	日( 歳)		携帯)	-

※自宅・携帯両方ともにご記入をお願いします。

## ■ 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"/> セカンドオピニオン
-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

## 診察依頼

希望診療科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科	指定医師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 医師
-------	--	------	--

## 検査依頼(放射線科)

検査名	確認事項	撮影部位	撮影方法	読影	単純
<input type="checkbox"/> M R I	別紙問診表記載	( )部	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R 当日持ち帰り希望 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する
<input type="checkbox"/> M R A		( )部	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
<input type="checkbox"/> M R C P		( )部	造影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
<input type="checkbox"/> C T		( )部	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
	ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / ICD <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / CRT-D <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 会社名( ) 品名( )				

傷病名			
症状経過、検査結果、治療経過、現在処方等(別紙可)			
資 料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (CD-R・フィルム・その他) (持参・郵送)		
A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー	付き添い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師
貴 院	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
要望事項 留意事項			