

診療情報提供書（受診申込票）

（様式－1）

記載月日/令和 年 月 日

JA北海道厚生連網走厚生病院
 地域医療連携・入退院支援科
 〒093-0076
 北海道網走市北6条西1丁目9番地

*** 紹介元医療機関**

郵便番号
 住 所
 名 称
 医師氏名
 電話番号
 F A X

連携室直通 FAX 0152-45-0174
 病院代表TEL 0152-43-3157（内線2092）

フリガナ				住 所				
患者氏名	男・女（旧姓／ ）							
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生（	歳）	電話番号	— —	
□診療希望	<input type="checkbox"/> 内科・消化器科		<input type="checkbox"/> 呼吸器科		<input type="checkbox"/> 循環器科		<input type="checkbox"/> 小児科	
	<input type="checkbox"/> 外科		<input type="checkbox"/> 脳神経外科		<input type="checkbox"/> 整形外科		<input type="checkbox"/> 産婦人科	
	<input type="checkbox"/> 泌尿器科		<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科		<input type="checkbox"/> 眼科		【希望医師： 】	
□検査希望	□C T	(部位：)		□MRI	(部位：)			
		(造影： 有 ・ 無)			(造影： 有 ・ 無)			
		(読影： 要 ・ 不要)			(読影： 要 ・ 不要)			
	□超音波	(部位：)		□R I	(部位：)			
		(読影： 要 ・ 不要)			(読影： 要 ・ 不要)			
	□骨塩定量				□マンモグラフィー 両方 ・ 左 ・ 右			
	□レントゲン (部位：)				□ホルター心電図			
	□スパイロ				□ABI・PWV測定			
□脳 波				□聴力検査				
□栄養指導								
希 望 日	第1 予約希望：令和 年 月 日（ 曜日） 時頃							
	第2 予約希望：令和 年 月 日（ 曜日） 時頃							
	<input type="checkbox"/> いつでも良い							
	<input type="checkbox"/> その他							
主訴傷病名								
既往歴								
症状経過 治療経過 処方等								
患者の状態	<input type="checkbox"/> 外来で待っている		<input type="checkbox"/> すでに帰宅		<input type="checkbox"/> 入院中（退院予定： 月 日）			
	<input type="checkbox"/> 歩行可	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー		身長（	cm）	体重（	
	感染症 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		HB		HC	TPHA	MRSA	他（
	体内外金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		薬剤過敏 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	腎機能異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		造影剤過敏 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・ CD-R ・ フィルム ・ その他 <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 郵送							