

診療情報提供書(受診申込票)

(様式-1)

令和 年 月 日

JA北海道厚生連札幌厚生病院

地域医療連携室宛

紹介元医療機関

〒060-0033
札幌市中央区北3条東8丁目5

郵便番号
住所
名称
医師氏名
電話番号
FAX番号

フリーダイヤル(FAX可) 0120-700-017
直通 TEL・FAX 011-261-0515

フリガナ		性別		住所	
患者氏名					
生年月日	年 月 日 (歳)			電話	
診療希望科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科(<input type="checkbox"/> 胃・腸 <input type="checkbox"/> 胆膵 <input type="checkbox"/> 肝) <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 婦人科・生殖内分泌科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科				
検査希望	<input type="checkbox"/> C T (部位:) <input type="checkbox"/> MRI (部位:) (造影: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (造影: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 超音波 (部位:) <input type="checkbox"/> 消化器内視鏡(<input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部) <input type="checkbox"/> R I (造影:) <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> ヘリコバクター尿素呼気試験 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他()				
情報提供について	<input checked="" type="checkbox"/> 札幌厚生病院で行った指導内容や今後の治療方針について、文書での情報提供を希望します <input type="checkbox"/> 札幌厚生病院で行った指導内容や今後の治療方針について、文書での情報提供を希望しません				
主訴又は傷病名					
主訴又は傷病名 症状経過 治療経過 現在の処方等					
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(kg) (感染症) <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 郵送 (札幌厚生病院地域医療連携室宛)				
受診希望日時	<input type="checkbox"/> 年 月 日 時頃 <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> その他 ()				
要望事項 留意事項等	希望医師名(ご希望がある場合はご記入ください)				