

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 | 消化器内科(<input type="checkbox"/> 胃・腸 <input type="checkbox"/> 胆膵 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> IBDセンター) |
| | <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"/> 産婦人科 | <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"/> 化学療法内科 | <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"/> CT (部位:) (造影: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | <input type="checkbox"/> MRI (部位:) (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"/> RI (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 |
| | <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() |
|------|---|

| | |
|---------|--|
| 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"/> 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) |
|---------------|-------------------------|