

診療情報提供書

(様式1)

(記載年月日)平成 年 月 日

J R 札幌病院
地域医療連携センター 宛

(紹介元医療機関)

住所

名称

電話
FAX

医師氏名

印

〒060-0033 札幌市中央区北3条東1丁目
代表 TEL (011)208-7150
直通 TEL (011)208-7169
FAX (011)208-7170

フリガナ		性別	男・女	
患者様氏名	様	住所		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	TEL	-	-

診療希望

依頼医師名

1. 内科・消化器内科・リウマチ科	2. 呼吸器内科	3. 循環器内科・腎臓内科・糖尿病内科	4. 外科・こう門外科・乳腺外科	5. 呼吸器外科・血管外科
6. 整形外科	7. 皮膚科	8. 泌尿器科	9. 産婦人科	10. 眼科
11. 耳鼻咽喉科	12. 歯科口腔外科	13. 小児科	14. 放射線科	15. 栄養指導

検査希望

(画像診断含む) 画像(CT・MRI・RI) 持ち帰り希望 有・無 読影レポートは後日発送。

1. C T (部位:) 単純・造影	2. M R I (部位:) 単純・造影
3. R I (部位:)	4. 血管造影 (部位:)
5. 消化器バリウム (上部・下部)	6. 消化器内視鏡 (上部・下部)
7. 骨塩定量	8. マンモグラフィー
9. ホルター心電図	10. トレッドミル
11. 心エコー	12. その他()

紹介目的	1. 診療 2. 検査 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	
患者様の状態	身長(cm) 体重(kg) 歩行可・車椅子・ストレッチャー 感染症(無・有) 体内金属(無・有) 薬剤過敏(無・有)
	※造影検査の場合 腎機能異常(無・有) 造影剤過敏(無・有) クレアチニン(mg/dl) 腎機能異常の有無にかかわらず、必ずご記入ください 喘息の治療(無・有) ビグアイド系糖尿病薬の服用(無・有)
予約希望 留意事項	