**診 療 情 報 提 供 書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ＪＲ札幌病院****地域医療連携センター　宛** |  | （記載年月日） | 年　　　月　　　日 |
|  |  |  |
|  | （紹介元医療機関） |  |
|  | 住　所 |  |
|  | 名　称 |  |
| 〒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）208－7169ＦＡＸ（011）208－7170 |  | 電　話ＦＡＸ |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 医師氏名 | ㊞ |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別男・女 | 住所 |  |
| 患者氏名 |  |
| ＴＥＬ | －　　　　　－ |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　年　　　月　　　日（　　歳） | 携帯 | －　　　　　－ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **診療希望** | 指定医師　無　・　有　(　　　　　　　　　　医師)　当院受診歴(有・無)名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| １．消化器内科 | 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．リウマチ科 | ８．産婦人科 | ９．眼科 | 10．泌尿器科  |
| 11．耳鼻咽喉科 | 12．皮膚科 | 13．歯科口腔外科 | 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（種類：　　　　　　　　　） | ４．血管造影（部位：　　　　　　　） |
| ５．消化器内視鏡（上部・下部） | ６．骨塩定量 |
| ７．ホルター心電図 | ８．トレッドミル |
| ９．心エコー | 10．その他（　 　　　　　　　　　　） |
|  |  |  |  |
| 紹介目的 | １．診察　　 ２．検査のみ（結果は紹介元で説明）　３．その他（　　　 　　　　） |
| 主訴又は傷病名 |  |
| 症状経過治療経過現在の処方既　 往　 歴 | * 情報提供書参照
 |
| ＣＶポート挿入･抜去の場合 | 抗凝固薬服用（有・無） 薬剤名（　　　　　　　　　　　　） 休薬期間（ 　 /　 ～　　 /　　 ）入院日（　　 /　 　） 個室希望（　有　・　無　） |
| 患者の状態 | 現　在　　□待機中　　□帰宅済み　　□入院中　　□その他(　　　　　　　) |
| 身長（ 　 ㎝） 体重（　 ㎏） 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　 　　　　　）　喘息の治療（無・有）造影剤過敏（無・有 　 　　）ビクアナイド系糖尿病薬の服用（無・有　　　 　　　）Ｃｒ(　　 ㎎/dl）・ｅＧＦＲ(　 　ml/分/1.73㎡）腎機能異常の有無にかかわらず、必ずご記入ください |
| 予約希望 | 予約希望日(複数日記載下さい)　　 □特になし　□有（　　 / 　　）（　 　/　 　）（ 　　/　 　） |
| 資　　　料 | 　□無　□有　(　ＣＤ-Ｒ・フィルム・プレパラート・その他　　　　　　　　　　　　) |
| 留意事項 |  |