

診療情報提供書

J R 札幌病院

地域医療連携センター 宛

〒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(記載年月日) 年 月 日
(紹介元医療機関)
住所
名称
電話
FAX
医師氏名 ⑩

フリガナ		性別	住所	
患者氏名		男・女	TEL	— —
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	携帯		— —

<input type="checkbox"/>	診療希望	指定医師 無 ・ 有 (医師) 当院受診歴(有・無)
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		

<input type="checkbox"/>	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. CT (部位:) 単純・造影 2. MRI (部位:) 単純・造影 3. RI (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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()
	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) 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 (mg/dl) ・ eGFR (ml/分/1.73 m ²) 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) <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有 (/) (/) (/)
------	--

資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (CD-R・フィルム・プレパラート・その他)
----	--

留意事項	
------	--

