

診療情報提供書

(記載年月日) 平成 年 月 日
(紹介元医療機関)

北海道中央労災病院
地域医療連携室 宛

住所

名称

〒068-0004
岩見沢市4条東16丁目5番地
代表 TEL(0126)22-1300
FAX(0126)22-7771

TEL
FAX

医師氏名 (印)

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

<input type="checkbox"/>	診察希望(受診希望日 月 日) 依頼医師名
1. 一般内科 2. じん肺内科 3. 循環器科 4. 外科 5. 整形外科 6. 泌尿器科 7. 眼科 8. 耳鼻咽喉科 9. 歯科口腔外科 10. 専門外来(乳腺・血管ラボ・喘息・糖尿病・メンタルヘルス・甲状腺・婦人科)	

<input type="checkbox"/>	検査希望 (画像診断含む)
1. CT (部位:) 6. 骨塩定量 2. MRI (部位:) 7. マンモグラフィー 3. RI (部位:) 8. ホルター心電図 4. 血管造影 (部位:) 9. その他 () 5. 消化器内視鏡 (上部・下部)	

紹介目的	1. 診察 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)	
患者の状態 (わかる範囲で ご記入ください)	身長(cm) 体重(kg) 歩行可・車椅子・ストレッチャー 感染症(有・無) 造影剤過敏(有・無) 体内金属(有・無) 薬剤過敏(有・無) 認知症(有・無)
要望・留意事項	

* 資料持参 (有・無)