

診療情報提供書

年 月 日

(紹介先医療機関)
 社会医療法人孝仁会 北海道大野記念病院
 医療連携相談室 行

希望診療科 _____

(紹介元医療機関名)
 医療機関名 _____
 所在地 _____
 医師名 _____
 電 話 _____ FAX _____

フリガナ	生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)
患者氏名	住 所
男・女 様	電 話 ()-

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来希望 <input type="checkbox"/> 検査希望 <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> その他()	
	検査のみの場合 ----- 当院医師の読影・診断を 要・不要	
	入院または外来診察の際 医師の指定は 無・有 (医師)	
	日付の指定は 無・有 (月 日 AM・PM)	
希望する検査	1. CT(部位) 単純・造影・3D 2. RI (種類) 3. 心電図(24Hホルター・トレッドミル・) 4. 超音波検査(部位)	5. 消化管内視鏡(胃・大腸) 6. 心臓カテーテル検査 7. 睡眠時無呼吸検査 8. その他
主病名 傷病名		
症状経過 治療経過 処方等		
感染症等	感染症 (無し・不明・有り)	
	薬剤過敏症 (無し・不明・有り)	
	腎機能検査値 BUN () クレアチン () (年 月 日の検査値)	
	自力歩行・車椅子・ストレッチャー 身長(cm) (kg)	