

# 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 <b>要・不要</b>	
	入院または外来診察の際 医師の指定は <b>無・有</b> ( 医師 ) 日付の指定は <b>無・有</b> ( 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)	