# 診 療 情 報 提 供 書 （受診・検査予約用）

年　　月　　日


**勤医協中央病院　連携課**

〒007-8505
札幌市東区東苗穂5条1丁目9－1
電話　　(011)787-7037
**FAX　　(011)784-2735**


紹介医療機関
名称
住所
電話　（　　）　　－
FAX　（　　）　　－
担当者

□現在外来でお待ちです
□帰宅されました

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 勤医協中央病院の受診歴 | 有　・　無 |
| フリガナ | | 住所 | 〒 |
| 氏名 | 様　男・女 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳） | 電話番号 | （　　）　　－ |

□ **診療希望**　医師の希望 □無　□有（　　）医師

| | | | |
|---|---|---|---|
| **□当院で科の振り分け希望** | | **□救急受診（救急総合外来・ER）** | |
| **□消化器内科** | **□循環器内科** | **□リウマチ・膠原病** | **□糖尿病内分泌** |
| **□呼吸器内科** | **□腎臓内科** | **□血液内科** | **□総合診療科** |
| **□外科**（乳腺・呼吸器・消化器・心臓血管） | | **□整形外科** | **□泌尿器科** |
| **□眼科** | **□麻酔科** | **□婦人科** | **□その他** |

□ **検査希望**

**□CT　部位[　　]**
（□造影　Cre値　　）

**□MR　部位[　　] PPM（有 ・ 無）**
（□造影　Cre値　　）

**□消化器内視鏡[　上部　・下部　]** 抗凝固剤服用:（有 ・ 無） 鎮静剤:（有 ・ 無）
**□骨塩定量**[腰椎正面＋右大腿近位]
**□超音波検査　部位[　　]**
**□その他**
**□消化管造影[　上部・下部　]**
**□RI**

画像は後日　CD報告となります
CD以外は記入下さい（　　）

| | |
|---|---|
| 紹介目的 | 1. 診　療　2. 検　査　3. その他（　　） |
| 主訴又は傷病名 | |
| 診療・検査の目的<br>病状経過<br>治療経過<br>現在の処方<br>禁忌事項等 | □別紙参照<br><br>担当医 |
| 来院方法 | □自治体救急車　□施設車　□自家用車　□その他（　　） |
| 状態 | □歩行可　□車椅子　□ストレッチャー |
| 要望・特記事項 | 希望日＜至急・1週間以内・特になし＞　検査時間希望＜午前・午後＞ |