

# 診療情報提供書 (受診・検査予約用)

年 月 日

**勤医協中央病院**  
**地域連携センター 宛**

紹介医療機関  
名称

〒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**

住所  
電話 ( ) -  
FAX ( ) -

直ちに返事希望  
返事は急ぎません

医師名

			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**

<input type="checkbox"/> 当院で科の振り分け希望			
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病	<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 総合内科
<input type="checkbox"/> 外科 (乳腺・呼吸器・消化器・心臓血管)		<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> その他

**検査希望**

<input type="checkbox"/> CT 部位( ) ( <input type="checkbox"/> 造影 Cre値 )	<input type="checkbox"/> MR 部位( ) PPM 有・無 ( <input type="checkbox"/> 造影 Cre値 )
<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡( 上部・下部 ) 抗凝固剤服用: 有・無	
<input type="checkbox"/> 骨塩定量(腰椎正面+右大腿近位)	<input type="checkbox"/> 消化管造影( 上部・下部 )
<input type="checkbox"/> 超音波検査 部位( )	<input type="checkbox"/> RI
<input type="checkbox"/> その他	画像は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 病状経過 治療経過 現在の処方 禁忌事項等	<input type="checkbox"/> 別紙参照
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>