

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

〒065-0027 札幌市東区北27条東8丁目



北光記念病院  
北光記念クリニック  
地域連携室 行

TEL 011-722-1105  
FAX 011-722-1138

(紹介元医療機関)

医療機関名

所在地

TEL - - FAX - -

医師氏名

※チェックをお願い致します

患者様がお待ちで直ちに対応希望

本日中に返答希望

受診希望日時 令和 年 月 日(午前・午後)

受診希望日時 特になし

緊急の場合は直接担当医師または地域連携担当看護師が対応致しますので011-722-1105へお電話下さい。

フリガナ	生年月日 (M T S H) 年 月 日 ( 歳)
患者氏名	男 住所 女 電話 ( )

希望される診療科	<input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 血管外来 <input type="checkbox"/> その他
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査及び診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他( )
主病名	
希望する担当医	1. ( )医師 2. 特になし
既往歴	
症状経過 治療経過 処方等	ビグアナイド系糖尿病治療薬の服用(無・有 ) 抗不整脈薬の服用(無・有 )
希望する検査	1. CT(部位 ) 単純・造影・3D 5. 心臓カテーテル検査 2. RI(種類 ) 6. 甲状腺生検 3. 心電図(24Hホルター・トレッドミル・体表面LP) 7.その他 ( ) 4. 超音波検査(心エコー・経食道エコー・頸動脈エコー・腎動脈エコー 下肢動脈エコー・下肢静脈エコー・甲状腺エコー・その他 [ ] )
患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー 感染症 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 腎機能異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 造影剤過敏 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 体内外金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
持参資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> その他( )

※ 本票をFAXでご提出いただき、診察(検査)日が決定しましたら直ちに予約通知書をFAXで返信いたしますので患者様にお渡しく下さい。