

# 診療情報提供書（受診・検査予約票）

KKR札幌医療センター

年 月 日

科

【依頼元医療機関】

先生

医療機関名

住 所

T E L

F A X

医 師 名

### 地域連携室

札幌市豊平区平岸1条6丁目3-40

直通TEL0120-552-303 FAX011-832-9624

|    |       |       |       |       |                 |      |     |                   |       |       |        |       |     |      |    |      |              |                            |           |
|----|-------|-------|-------|-------|-----------------|------|-----|-------------------|-------|-------|--------|-------|-----|------|----|------|--------------|----------------------------|-----------|
| ○印 | 希望診療科 | 消化器内科 | 呼吸器内科 | 循環器内科 | 代謝・内分泌<br>糖尿病内科 | 整形外科 | 小児科 | 外科<br>(一般・乳腺・消化器) | 呼吸器外科 | 脳神経外科 | 心臓血管外科 | 耳鼻咽喉科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | 眼科 | 産婦人科 | 放射線科<br>(治療) | 検査のみ・その他<br>放射線科<br>(画像検査) | その他<br>検査 |
|----|-------|-------|-------|-------|-----------------|------|-----|-------------------|-------|-------|--------|-------|-----|------|----|------|--------------|----------------------------|-----------|

|      |         |           |             |                |
|------|---------|-----------|-------------|----------------|
| 患者情報 | フリガナ    |           | 性別          | 住 所            |
|      | 氏 名     |           | 様 男・女       | 電 話 番 号        |
|      | 生 年 月 日 | 明・大・昭・平・令 | 年 月 日 ( 才 ) | KKR札幌医療センター受診歴 |

|      |                   |
|------|-------------------|
| 保険情報 | 主保険 ( ) 負担割合 ( )  |
|      | 公 費 (種別: ) (番号: ) |

|      |   |
|------|---|
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 受診 ( <input type="checkbox"/> 外来 ・ <input type="checkbox"/> 入院 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )  |
|      | <input type="checkbox"/> 検査依頼<br><input type="checkbox"/> C T (部位: ) 単純・造影 <input type="checkbox"/> 消化器内視鏡 ( 胃 ・ 大腸 )<br><input type="checkbox"/> M R I (部位: ) 単純・造影 <input type="checkbox"/> 心電図 (24時間ホルター・トレッドミル)<br><input type="checkbox"/> R I (部位: ) <input type="checkbox"/> 骨密度検査 (骨塩定量)<br><input type="checkbox"/> 脳SPECT (IMP脳血流検査・ダット検査・MIBG) <input type="checkbox"/> 栄養指導・糖尿病教室<br><input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群検査 <input type="checkbox"/> その他の検査 ( ) |

主訴又は傷病名

既往歴

|  |   |
|--|---|
| 症 状 経 過<br>検 査 結 果<br>治 療 経 過<br>現 在 の 処 方 等 | <input type="checkbox"/> 下記詳細参照 <input type="checkbox"/> 別紙参照 ( <input type="checkbox"/> 科 医師へ連絡済 ) |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |

|    |                            |  |
|----|----------------------------|--|
| 資料 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> プレパラート <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|    | <input type="checkbox"/> 無 |  |

造影検査の場合記載  
\*CT造影検査併用注意薬剤 (ピグアイド系糖尿病薬) 服用中 服用していない  
\*腎機能 ( 月 日 ) クレアチニン値 ( ) GFR ( )

|                                |  |                                 |  |
|--------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 予約希望日 |  | <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 |  |
|--------------------------------|--|---------------------------------|--|

患者さんの 現在外来でお待ちです 帰宅されました 入院中です

現在の状況

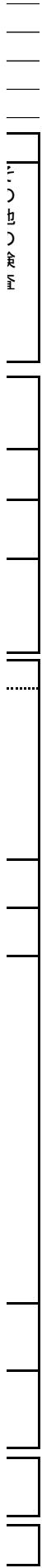
歩行可

車いす

ストレッチャー

(

)



改訂