（様式１）

診療情報提供書（患者紹介予約申込書）

（申込年月日）　　年　　月　　日

北海道せき損センター
医療連携室　宛

〒072-0015　美唄市東４条南１－３－１
TEL（代表）０１２６－６３－２１５１
FAX（直通）０１２６－６２－７７５６

（紹介元医療機関）　〒　　－
住　所
名　称
医師名
TEL
FAX

フリガナ			住所			
患者氏名	男 様　女					
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）		TEL			
保険情報	共済組合　組合健保　協会健保　国保　後期高齢　生保　自費　労災　その他					
	保険者番号		・本人	負担割	公費負担者番号	
	記号・番号		・家族	１・３	公費受給者番号	
当院受診歴　　有り（ID カード番号　　）・無						

※ 保険などは、分かる範囲でご記入下さい。

診療希望

希望医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　※担当医を当院にお任せ頂ける場合は未記入で可

（受診希望日：　第１希望　　月　　日　・第２希望　　月　　日　・第３希望　　月　　日　）

【診療科】１．内科　　２．循環器内科　　３．外科　　４．整形外科　　５．形成外科（外来）
６．脳神経外科（外来）　　７．皮膚科（外来）　　８．泌尿器科（外来）
９．リハビリテーション科　　10．歯科（外来）

検査希望　（コメントの 有 ・ 無 ）

１．CT（部位：　　）単純・造影　２．MRI（部位：　　）単純・造影
３．RI（部位：　　）　４．骨塩定量
５．脳波　　６．その他（　　）

紹介目的	１．診察　　２．検査　　３．その他（　　）		
主訴又は傷病名			
既往歴 （検査含む）			
症状経過 治療経過 （現在の処方等）			
患者様の状態	CT 検査歴：有・無・不明	身長　　cm、体重　　kg	喘息：　有　・　無
	患者状況：　独歩　歩行器　車イス　ｽﾄﾚｯﾁｬｰ		妊娠の可能性：有・無
	腎臓機能：正常・異常	造影剤歴：有・無・不明	ｱﾚﾙｷﾞｰ：有（　　）・無
	造影剤使用時の反応：無・かゆみ・発疹・その他（　　）		
	ビグアナイド系薬剤の服用：　有　・無		
	MRI 検査歴：有・無・不明	ペースメーカー：有・無	
	体内外金属：有（　　）・無		
要望・留意事項			