

# 診療情報提供書 (患者紹介予約申込書)

岩見沢市立総合病院

(申込年月日)

地域医療連携室 宛

(紹介元医療機関) 〒

〒068-8555 岩見沢市9条西7丁目2番地  
TEL (代表) 0126-22-1650 (内線1261)

住所:

名称:

医師氏名:

印

FAX: (0126) 22-1821 (直通)

TEL: -

FAX: -

|        |               |       |         |  |
|--------|---------------|-------|---------|--|
| フリガナ   |               | 性別    | 住所      |  |
| 患者様氏名  |               | 男 女   | 〒       |  |
| 生年月日   | 大 昭 平 令 年     | 月 日 歳 | TEL     |  |
| IDカード  | 有 ( ) ・ 無     |       | 携帯電話    |  |
| 患者様の状況 | 現在外来で返事を待っている | 帰宅済み  | 入院中     |  |
| 付き添い   | 有 (続柄):       | 無     |         |  |
| 当日交通手段 | 自家用車          | 救急車   | その他 ( ) |  |

## 診療希望

依頼医師名 ( ) \*担当医を当院にお任せ頂ける場合は未記入で可

(希望受診日 第1希望 月 日 ・ 第2希望 月 日 ・ 第3希望 月 日 )

|        |         |        |      |         |           |
|--------|---------|--------|------|---------|-----------|
| 内科 ( ) | 呼吸器内科   | 循環器内科  | 腎臓内科 | その他 ( ) |           |
| 消化器内科  | 小児科     | 外科     | 透析外科 | 血管外科    | 乳腺外科 整形外科 |
| 産婦人科   | 耳鼻咽喉科   | 眼科     | 皮膚科  | 泌尿器科    | 麻酔科       |
| 脳神経外科  | メンタルヘルス | 歯科口腔外科 |      |         |           |

## 検査希望

\*当院で検査のみを御希望の場合はこちらへ御記入下さい。  
検査後画像診断の結果は郵送させていただきます。

|          |           |        |   |    |
|----------|-----------|--------|---|----|
| CT       | (部位: )    | 単純     | ・ | 造影 |
| MRI      | (部位: )    | 単純     | ・ | 造影 |
| RI       | (部位: )    |        |   |    |
| 骨塩定量     | その他 ( )   |        |   |    |
| *画像の形態希望 | レントゲンフィルム | CD-ROM |   |    |

|                             |                          |         |            |      |
|-----------------------------|--------------------------|---------|------------|------|
| 紹介目的                        | 入院 ( )                   | 医師に連絡済) | 診療         | 検査   |
| 主訴又は傷病名                     | その他 ( )                  |         |            |      |
| 既往歴(検査含)・家族歴                |                          |         |            |      |
| 症状経過<br>治療経過<br>(現在の処方等)    |                          |         |            |      |
|                             | ※検査データ・処方内容の添付をお願いいたします。 |         |            |      |
| 移動手段                        | 歩行可                      | 車椅子     | ストレッチャー    |      |
| 患者状態<br>(わかる範囲でご<br>記入下さい。) | 身長 cm                    | 体重 kg   |            |      |
|                             | 感染症 ( 有 )                | ・ 無)    | 認知症 ( 有 )  | ・ 無) |
|                             | 造影剤過敏 ( 有 )              | ・ 無)    | 薬剤過敏 ( 有 ) | ・ 無) |
| 要望・留意事項                     |                          |         |            |      |