

診療情報提供書 (紹介状)

札幌東徳洲会病院 地域医療連携室
 〒065-0033 札幌市東区北33条東14丁目3-1
 TEL : 0120-970-977 FAX : 011-712-5118

(紹介元医療機関の名称・所在)

診療科 () 科)

診療科: 医師名:

医師名 ()

Tel: Fax:

フリガナ	住所	電話
患者様氏名 男 女		
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日		

依頼目的	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 検査 (<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> RI) <input type="checkbox"/> その他 ()
主訴又は疾病名	
既往歴 (検査含) 及び家族歴	薬物アレルギー 有 無 ()
患者様の状態	●症状経過 ●治療経緯 ●現在の処方等
添付資料	カルテ・検査データのコピー X-Pフィルム 枚
患者様の状態	身長 (cm) 体重 (kg) 感染症 未・有・無 (HB/HCV/MRSA/その他) 体内外金属 (有・無) 腎機能異常 (有・無) 薬剤過敏 (有・無) 造影剤過敏 (有・無) 歩行可・車椅子・ストレッチャー
注意事項 留意事項	

- ・ 枠内の項目をご記入のうえ、上記へFAX送信お願い致します。(電話連絡でも可)
- ・ 『予約票』患者様用をFAXにて返信させていただきますのでFAX番号及び電話番号の記入をお願いします。