診療情報提供書（患者紹介・検査予約書）

令和　　年　　月　　日

（医）渓和会　江別病院
医療連携室　行
〒　069-0817
江別市野幌代々木町81-6
TEL（011）382-1111
FAX（011）382-2050

ご紹介元（貴院）
住　　所
名　　称
医　師　氏　名
電　　話
F　A　X

フリガナ 患者名	住所
生年月日	TEL

予約希望日　　年　　月　　日（　）曜日　AM　　時　PM　　時

〈紹介目的〉

1. 診　察　2.検　査　3.診療及び検査　4.診療及び入院	
〈希望診療科〉	1.消化器内科　2.循環器内科　3.呼吸器内科　4.糖尿病内科 5.外科　6.脳神経外科　7.整形外科
〈希望検査項目〉	
CT検査	□単純　□造影 1.頭部　2.頸部（甲状腺）　3.胸部　4 .腹部 5.骨盤腔　6.その他（　　）
MRI検査	□単純　□造影 1.脳　2.頸部（甲状腺）　3.胸部　4.腹部 5.骨盤腔　6.脊椎（頸椎・胸椎・腰椎） 7.四肢（　　）　8.その他（　　）
内視鏡検査	1.上部消化管（部位　　）　2.下部消化管（部位　　）
超音波	1.腹部（肝・胆・膵・腎・脾・膀胱・前立腺）2.乳房　3.心臓 4.頸部（甲状腺・上皮小体）　5.その他（　　）
負荷心機能検査	□トレッドミル　□骨塩定量検査（尺骨・橈骨撮影）
※血管造影、ポリペク、ERCPの場合は診察が必要ですので、診察及び検査での予約となります	
患者の状態	*歩行可　*車いす　*ストレッチャー　*付添い　無・有（医師・看護師・家族・その他） *感染症　無・有〔HBｓ抗原・ＨＣＶ・ワ氏・MRSA・その他（　　）〕 *造影剤過敏　無・有（　　）

コメント（既往歴・治療経過等）