

診療情報提供書（膠原病肺精査専用）

KKR札幌医療センター

年 月 日

呼吸器内科

【依頼元医療機関】

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TEL 0120-552-303

直通FAX 011-832-9624

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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

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

紹介目的	膠原病肺精査 (<input type="checkbox"/> 外来 ・ <input type="checkbox"/> 入院)
------	--

病 名	
-----	--

罹 病 期 間	
---------	--

現在の膠原病症状	<input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 関節の腫脹・変形 <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 日光過敏 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 血管炎 <input type="checkbox"/> レイノー症状 <input type="checkbox"/> その他 ()
----------	---

現在の治療	<input type="checkbox"/> 下記詳細参照 <input type="checkbox"/> 別紙参照 _____ _____ _____ _____
-------	---

検査結果	膠原病マーカーおよびKL6、SPDの採血結果がもしあれば、添付をお願いします。
------	---

その他特記事項	_____ _____
---------	----------------

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

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

(* ご希望日が予約できない場合当院から患者様へ直接連絡を致します。支障がある場合はお知らせ下さい)

患者さんの現在の状況	<input type="checkbox"/> 現在外来でお待ちです <input type="checkbox"/> 帰宅されました <input type="checkbox"/> 入院中です <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> ()
------------	--