診療情報提供書（受診・検査予約票）

ＫＫＲ札幌医療センター　　年　月　日

科

先生

【依頼元医療機関】

医療機関名

住所

ＴＥＬ

ＦＡＸ

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ＴＥＬ0120-552-303　ＦＡＸ011-832-9624

○印																				
希望診療科	消化器内科	呼吸器内科	循環器内科	糖尿病内科代謝・内分泌・	整形外科	小児科	外科（一般・乳腺・消化器）	呼吸器外科	脳神経外科	心臓血管外科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	眼科	生殖内分泌科婦人科・	放射線科（治療）	**検査のみ・その他**	放射線科（画像検査）	その他の検査

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	□有　□無

保険情報	主保険（　　）負担割合（　　） 公費（種別：　　）（番号：　　）

紹介目的	□受診　（□外来　・　□入院　）　□その他（　　） □検査依頼 □ＣＴ（部位：　　）単純・造影　□消化器内視鏡（胃・大腸） □ＭＲＩ（部位：　　）単純・造影　□心電図（24時間ﾎﾙﾀｰ・ﾄﾚｯﾄﾞﾐﾙ） □ＲＩ（部位：　　）　□骨密度検査（骨塩定量） □脳SPECT（IMP脳血流検査・ﾀﾞｯﾄ検査・MIBG）　□栄養指導・糖尿病教室 □睡眠時無呼吸症候群検査　□その他の検査（　　）
主訴又は傷病名	
既往歴	
症状経過 検査結果 治療経過 現在の処方等	□下記詳細参照　□別紙参照　（□＿＿＿科＿＿＿医師へ連絡済）
資料	□有　□無　□ＣＤ-Ｒ　□フィルム　□検査記録　□プレパラート　□その他（　　）
造影検査の場合記載	＊CT造影検査併用注意薬剤（ﾋﾞｸﾞｱﾅｲﾄﾞ系糖尿病薬）　□服用中　□服用していない ＊腎機能　（　月　日）　クレアチニン値（　　）　ＧＦＲ（　　）

□予約希望日		**□都合の悪い日**	

患者さんの現在の状況	□現在外来でお待ちです　□帰宅されました　□入院中です □歩行可　□車いす　□ストレッチャー　□（　　）

2023.2改訂