

診療情報提供書（診察申込書）



天使病院

地域医療連携室 宛

〒065-8611

札幌市東区北12条東3丁目1-1

F A X (011) 711-1049

T E L (011) 711-1042

記載日： 年 月 日

紹介医療機関名 住所	
医 師 氏 名	
T E L	
F A X	
ご担当者名	

フリガナ		性別		住所	
患者様氏名				電話番号	
生年月日	年 月 日生 (歳)	天使病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

希望される診療科名に○印をつけて下さい。

○印																	
診 療 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	血 液 内 科	糖 尿 病 ・ 代 謝	セ ン タ ー	循 環 器 内 科	外 乳 腺 外 科	小 児 外 科	臍 ヘル ニア 鼠 径 ヘル ニア	産 科	婦 人 科	整 形 外 科	耳 鼻 咽 喉 科	眼 科	精 神 科	形 成 外 科	腎 臓 内 科

診察希望医師		診察希望日	午前or午後 <input type="checkbox"/> 特になし
--------	--	-------	--------------------------------------

患者さんの状況及び 予約日時の連絡方法 (番号を○で囲む)	1. 現在外来で返事を待っている	2. 帰宅済み、紹介元医療機関から連絡	3. 患者さんから予約の連絡が入る	4. Dr to Dr 済み (科 医師)
-------------------------------------	------------------	---------------------	-------------------	-------------------------

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> その他 ()
傷病名	
症状経過	
検査結果	
治療経過	
現在の処方	
患者様の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()