

予約日の日程調整は NTT 病院が
 患者さんで行う
 医療機関で行う → 外来で待っている
 すでに帰宅
 いずれかに✓をお願いします

診療情報提供書

診療情報提供書専用
 FAX (011) 640-5441

年 月 日

NTT 東日本札幌病院 入退院総合相談センター 宛
 〒060-0061
 札幌市中央区南1条西15丁目
 平日 8:30~17:00
 【入退院・総合相談センター】TEL:011-623-8320
 【代表】 TEL011-623-7000
 土・日・祝日・平日時間外(17:00~8:30)
 【救急医療部】 TEL:011-623-8000

住 所
 名 称
 医 師 氏 名
 電 話 番 号
 FAX 番 号

| | | | |
|------|-------------|-----------------|------------------------|
| フリガナ | | 〒 | |
| 患者氏名 | 男・女 | 患者住所 | 携帯電話 () - 自宅 () - |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | NTT 東日本札幌病院の受診歴 | |
| 希望日時 | 第1希望 月 日 時 | 第2希望 月 日 時 | 第3希望 月 日 時 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 受診 診療科 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 消化器内科 | 循環器内科 | 呼吸器内科 | 糖尿病内分泌内科 | 腎臓内科 | リウマチ膠原病内科 | 血液・腫瘍内科 | 泌尿器科 | 整形外科 | 外科 | 心臓血管外科 | 皮膚科 | 耳鼻咽喉科 | 眼科 | 産婦人科 | 小児科 | 放射線科 | 麻酔科 | 精神科 |
| <input type="checkbox"/> CT または <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> 頭部【脳】 <input type="checkbox"/> 頭頸部【下垂体/眼窩/頸部/甲状腺】 <input type="checkbox"/> 胸部【肺/縦隔】 <input type="checkbox"/> (右・左)乳房 <input type="checkbox"/> 腹部【肝・胆・膵/腎/副腎/食道・胃/小腸・大腸】 <input type="checkbox"/> 脊椎【頸/胸/腰/仙】 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 骨盤【膀胱・前立腺/子宮・卵巣】 <input type="checkbox"/> (右・左)関節【肩/膝/股関節】 <input type="checkbox"/> (右・左)上肢/下肢 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RI検査 | <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> 副甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> 腎レノグラム <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 放射線治療(外照射・内照射) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科受診も 必要な検査 | <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 運動負荷(トレッドミル) <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル <input type="checkbox"/> 心臓電気生理・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査(ポリソムノグラフィ) <input type="checkbox"/> 内視鏡(上・下部消化管) <input type="checkbox"/> 気管支鏡 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 超音波 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------------|--|
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 1. 検査・診断 <input type="checkbox"/> 2. 診療科受診 <input type="checkbox"/> 3. 放射線治療 <input type="checkbox"/> 4. その他() |
| 主 訴 傷 病 名 | |
| 既往歴(検査含 む)及び家族歴 | |
| 症 状 経 過 治 療 経 過 処 方 等 | |
| 患者の状態 | 感染症: HBV (<input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> 未検査) HCV (<input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> 未検査) HIV (<input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> 未検査) 梅毒 (<input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> 未検査) MRSA (<input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> 未検査) 薬剤過敏 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 造影剤アレルギー (<input type="checkbox"/> 有《造影剤名》・ <input type="checkbox"/> 無) 腎機能 (eGFR (Cre) = ()) 糖尿病薬 (<input type="checkbox"/> 有《薬剤名》・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 歩行可能・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー 認知症 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) その他 () |
| 要 望 事 項 留 意 事 項 等 | 読影希望 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 画像の提出 (<input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要) ※検査結果のお届けは原則郵送となります その他 () |