

# 診療情報提供書(受診・検査依頼票)

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

いずれかに✓をお願いします

年 月 日

NTT 東日本札幌病院 入退院・総合相談センター 宛 (依頼元) 住 所

〒060-0061  
札幌市中央区南1条西15丁目  
TEL. (011) 623-8320

名 称  
医 師 氏 名  
電 話 番 号  
FAX 番 号

診療情報提供書専用 FAX  
(011) 640-5441

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				有・無	
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"/> 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(モリソムノグラフィ)		<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 ) 糖尿病薬 ( <input type="checkbox"/> 有《薬剤名》・ <input type="checkbox"/> 無 ) 体内金属 ( <input type="checkbox"/> 有《金属名》・ <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"/> CD-R・ <input type="checkbox"/> フィルム 》・ <input type="checkbox"/> 不要 ) 検査結果のお届け方法 ( <input type="checkbox"/> 郵送・ <input type="checkbox"/> 患者さん渡し )( <input type="checkbox"/> 後日・ <input type="checkbox"/> 当日 ) その他 ( )		