

診療情報提供書(検査・診察予約票)

(国立函館病院宛)



国立函館病院

地域医療連携室 宛

〒041-8512 函館市川原町18番16号

直通FAX 0120-750-766

直通TEL 0138-51-3876

記載日 年 月 日

紹介元医療機関
医師氏名 _____ 科 _____
FAX(_____) - TEL(_____)

フリガナ 患者様氏名	住所
(男・女)	電話番号(_____)
生年月日(明・大・昭・平) 年 月 日 年齢 歳	国立函館病院受診歴: なし・あり

紹介目的 をお願いします

診察依頼	検査依頼	入院依頼	その他(_____)
------	------	------	--------------

診察依頼・入院依頼

希望診療科(入院または外来診察時) (_____)科	医師の指定は 無・有 (_____ 医師)
	日付の指定は 無・有 (_____ 月 日 AM・PM)

検査依頼

希望日 第1(_____ 月 日) 第2(_____ 月 日) 大至急 1週間以内 特になし 午前・午後

検査	撮影部位	撮影方法	画像	読影
MRI	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 心臓(冠動脈)	(単純・造影)	持ち帰り 郵送	(要・不要)
CT	大血管 下肢動脈 乳腺 その他(_____)			
RI	骨 ガリウム 脳血流 甲状腺 心筋 腎臓 肺血流			

主訴または 傷病名	
症状・治療経過 現在処方等(別紙可)	
要望事項・留意事項	
患者様の状態	体内金属 : 無・有(ペースメーカー、その他)
ADL 歩行可 車椅子 ストレッチャー	手術経験 : 無・有(_____)
	薬剤アレルギー : 無・有(造影剤、抗生剤、その他)

※ 本票をFAXでご提出ください。診察(検査)日が決定しましたら予約通知書をFAXで返信いたします。
 ※ 緊急の場合には直接Dr.to.Drで電話依頼(代表0138-51-6281)をお願いします。