

(様式2)

# 診療情報提供書

(記載年月日) 平成 年 月 日

栗山赤十字病院

(紹介元医療機関)

地域医療連携室 宛

住 所

〒069-1513 夕張郡栗山町朝日3丁目2番地

名 称

電話 (代表) 0123-72-1015

電 話

内線167

F A X

FAX 0123-72-1744

医師氏名



フリガナ		性 別	男 ・ 女	
患者氏名		住 所		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	TEL	—	—

診察希望

希望日

依頼医師名

内科 ( 一般・呼吸器・NST ) 消化器科 循環器科 外科 ( 一般・肛門・乳腺 ) 整形外科  
泌尿器科 耳鼻咽喉科 精神神経科 皮膚科 透析

検査希望

(画像診断含む)

- CT (部位: ) 単純・造影
- RI (部位: )
- 消化器バリウム (上部・下部)
- 消化器内視鏡 (上部・下部)
- 骨塩定量
- 血管造影 (部位: )
- マンモグラフィ
- ホルター型心電図
- 腹部エコー
- 眼底カメラ
- 心電図 (12誘導)
- 負荷心電図 (マスター法)
- 呼吸機能検査 (VC・FVC検査)
- 血圧脈波 (ABI・PWV)
- その他 ( )

紹介目的	1. 診 療    2. 検 査    3. その他 ( )
主訴又は傷病名	
既 往 歴 手術歴及び家族歴	
症 状 経 過 治 療 経 過 (現在の処方等)	
患者様の様態 (お分りになれば ご記入下さい。)	身長 (    cm) 体重 (    kg) 歩行可・車椅子・ストレッチャー 感染症 (HCV +・-) (HBs・Ag +・-) (ワ氏 +・-) ) 薬物過敏 (有・無 ) 造影剤過敏 (無・有 ) ) 合併症 (緑内障・前立腺肥大・心疾患・高血圧) 痴呆 (有・無)
要望・留意事項	