

診療情報提供書（予約票）の記載方法

診療情報提供書(予約票)

(様式1-1)
令和 年 月 日

JA北海道厚生連帯広厚生病院
地域医療連携室 御中
〒080-0024
帯広市西14条南10丁目1番地
地域連携室直通 FAX (0155)65-0136
地域連携室直通 TEL (0155)65-5080
TEL(0155)65-0101 内線2111

依頼医師
住所
名称
医師氏名
電話
FAX

印

フリガナ		住所	〒			
氏名	男・女	住所				
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)	電話	() -			
② 希望科 ・呼吸器内科 ・循環器内科 ・消化器内科 ・血液内科 ・脳神経内科 ・小児科 ・外科 ・整形外科 ・心臓血管外科 ・脳神経外科 ・精神科 ・耳鼻咽喉科 ・形成外科 ・産婦人科 ・皮膚科 ・泌尿器科 ・眼科 ・麻酔科 ・放射線科 ・総合診療科						
DR to DR : 済 ・ 未	医師名()	・至急 ・一週間以内	厚生病院受診歴			
医師の希望 : 有 ・ 無		・希望日① (/)	有 ・ 無			
※医師希望有の場合⇒ 医師名()		・希望日② (/)				
		・希望日なし				
		・都合の悪い日()				
紹介目的	・治療	・診断	・手術			
			・検査			
③ 主訴又は疾病名	① 患者様の個人情報間違いの無いようお願いします。 ② 医師の指名・受診日・受診時間の希望がある場合は、ご記入ください。 可能な限り調整致しますが、調整・変更が必要な場合はご連絡します。 ③ 紹介目的、主訴又は疾病名・患者の状態は必ずご記入ください。 ④ 症状経過・治療経過・現在の処方内容は、貴院の様式で結構です。 2枚目以降に添付し、FAXをお願いします。 ⑤ 画像持参の有無を選択ください。持参する場合は画像種類も記載をお願いします。 ⑥ 患者さんが貴院で現在待機中か帰宅かどうか選択してください。 ⑦ 貴院へ入院中もしくは施設入所中かどうか選択してください。					
既往歴(検査含)及び家族歴						
④ 病状経過 治療経過 現在の処方内容						
患者の状態				・歩行可能	・車椅子	・ストレッチャー
⑤ 要望事項 留意事項等						
画像の持参の有無				1. CD-R()	2. フィルム()	3. CD-Rとフィルム() 4. なし
⑥ 患者待機状況				1. 貴院待機中	2. 帰宅	※予約には時間を要する場合があります
⑦ 入院の有無	1. 入院中	2. 施設入所中(施設名:)				