

# 診療予約申込書

年 月 日

社会医療法人鳩仁会 札幌中央病院

患者サポートセンター 宛

紹介元医療機関

〒064-0809

札幌市中央区南9条西10丁目1-50

郵便番号

住所

名称

医師氏名

電話番号

患者サポートセンター直通 電話 011-521-0001

FAX 011-531-6510

返信希望欄

時迄(緊急・待機中等)  翌日以降可

FAX 番号

フリガナ		性別		住所	
患者氏名					
生年月日	年 月 日 ( 歳)	電話			

下記の情報は、保険証のコピーをFAXしていただいても結構です

被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	保険者番号	記号・番号
公費負担	<input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )	公費負担者番号	受給者番号

診療希望科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	---

検査希望	<input type="checkbox"/> CT (部位: ) <input type="checkbox"/> MRI (部位: ) (造影: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (造影: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 超音波 (部位: ) <input type="checkbox"/> 消化器内視鏡 <input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部 <input type="checkbox"/> 骨密度検査(骨塩定量) <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	---

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 診察+検査 <input type="checkbox"/> 検査のみ(診察・読影なし) <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	--

主訴又は傷病名 症状経過	
-----------------	--

患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー 身長( cm) 体重( kg) (感染症) <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 他 (体内外金属) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤過敏) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (腎機能異常) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (造影剤過敏) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  ※CT造影検査併用注意薬剤 ビクアナイド系糖尿病用剤 (メルピン錠等) <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 48時間使用禁にします
-------	---

資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 郵送 (札幌中央病院 患者サポートセンター宛)
----	---

受診希望日時	第一希望 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 午前枠 <input type="checkbox"/> 午後枠 <input type="checkbox"/> いつでもよい 第二希望 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 午前枠 <input type="checkbox"/> 午後枠 <input type="checkbox"/> いつでもよい
--------	--

受診に関する その他の要望	
------------------	--