

# 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

住 所

名 称

患者サポートセンター直通 電話 011-521-0001  
FAX 011-531-6510

医 師 氏 名

担 当 者

電 話 番 号

FAX 番 号

フリガナ		性別	
患者氏名		住 所	
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"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 心血管外科 <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"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <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"/> 泌尿器科 <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 (メルペン錠等) <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て)
-----	---

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	
----------------------------	--