

診療情報提供書（予約票）

（徳洲会病院提出用）

〒080-0302 音更町木野西通14丁目2番1号

依頼医療機関
所在地

平成 年 月 日



帯広徳洲会病院
地域医療福祉連携室 宛

名称

FAX : 0155-43-5030 TEL : 0155-43-5020

TEL ()

FAX ()

希望受診科 ()

科)

医師氏名

フリガナ	生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日生(歳)
患者様氏名	住所
男 様 女	電話 () -

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来希望 <input type="checkbox"/> 検査希望 <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> その他 () 当院受診歴 無・有 (ID)
	検査のみの場合 当院医師の読影・診断を 要・不要
	入院または外来診察の際 医師の指定は 無・有 (医師) 日付の指定は 無・有 (月 日)

希 望 す る 検 査

MRI検査	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 股関節
	<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎、胸椎、腰椎) <input type="checkbox"/> その他() 造影剤 (要・不要)
CT検査	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 単純+造影
	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 単純
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎、胸椎、腰椎) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 造影
超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部スクリーニング <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> その他() 注視部位・特記事項等 ()
生理機能検査	<input type="checkbox"/> 運動付加心電図(トレッドミル) <input type="checkbox"/> ホルター心電図
	<input type="checkbox"/> 十二誘導心電図 <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 眼底写真 <input type="checkbox"/> 肺活量 注:○=随時可能

主病名

症状・治療経過
現在の処方など

薬剤アレルギー (有・無・不明)

食物アレルギー (有・無・不明)

- ※ 本票をFAXでご提出いただき、診察(検査)日が決定しましたら予約通知書をFAXで返信しますので患者様にお渡しください。 ※ CT及びMRIの所見報告書(郵送)につきましては検査後、約3日間を要します。
- ※ 緊急の場合には直接 Dr.toDr.で電話依頼(代表 0155-32-3030)をお願いします。