

予約日の日程調整は NTT 病院が

- 患者さんで行う
  - 医療機関と行う →  外来で待っている
  - すでに帰宅
- いずれかに✓をお願いします

# 診療情報提供書

診療情報提供書専用  
FAX (011) 640-5441

年 月 日

NTT 東日本札幌病院 入退院総合相談センター 宛  
〒060-0061  
札幌市中央区南1条西15丁目  
平日 8:30~17:00  
【入退院・総合相談センター】TEL:011-623-8320  
【代表】 TEL011-623-7000  
土・日・祝日・平日時間外(17:00~8:30)  
【救急医療部】 TEL:011-623-8000

住 所  
名 称  
医 師 氏 名  
電 話 番 号  
FAX 番 号

④

フリガナ		〒	
患者氏名	男・女	患者住所	携帯電話 ( ) - 自 宅 ( ) -
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	NTT 東日本札幌病院の受診歴	
希望日時	第1希望 月 日 時	第2希望 月 日 時	第3希望 月 日 時

受診 診療科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	糖尿病内分泌内科	腎臓内科	リウマチ膠原病内科	血液・腫瘍内科	泌尿器科	整形外科	外科	心臓血管外科	皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科	産婦人科	小児科	放射線科	麻酔科	精神科
<input type="checkbox"/> CT または <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部【脳】 <input type="checkbox"/> 頭頸部【下垂体/眼窩/頸部/甲状腺】 <input type="checkbox"/> 胸部【肺/縦隔】 <input type="checkbox"/> (右・左)乳房 <input type="checkbox"/> 腹部【肝・胆・膵/腎/副腎/食道・胃/小腸・大腸】 <input type="checkbox"/> 脊椎【頸/胸/腰/仙】 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 骨盤【膀胱・前立腺/子宮・卵巣】 <input type="checkbox"/> (右・左)関節【肩/膝/股関節】 <input type="checkbox"/> (右・左)上肢/下肢 <input type="checkbox"/> その他( )																		
<input type="checkbox"/> RI検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> 副甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> 腎レノグラム <input type="checkbox"/> その他( )																		
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 放射線治療(外照射・内照射) <input type="checkbox"/> その他( )																		
診療科受診も 必要な検査	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 運動負荷(トレッドミル) <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル <input type="checkbox"/> 心臓電気生理・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査(ポリソムノグラフィ) <input type="checkbox"/> 内視鏡(上・下部消化管) <input type="checkbox"/> 気管支鏡 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 超音波																		

紹介目的	<input type="checkbox"/> 1. 検査・診断 <input type="checkbox"/> 2. 診療科受診 <input type="checkbox"/> 3. 放射線治療 <input type="checkbox"/> 4. その他( )
主 訴 傷 病 名	
既往歴(検査含 む)及び家族歴	
症 状 経 過 治 療 経 過 処 方 等	
患者の状態	感染症: HBV ( <input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> 未検査 )    HCV ( <input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> 未検査 )    HIV ( <input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> 未検査 ) 梅毒 ( <input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> 未検査 )    MRSA ( <input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> 未検査 ) 薬剤過敏 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )    造影剤アレルギー ( <input type="checkbox"/> 有《造影剤名》・ <input type="checkbox"/> 無 ) 腎機能 ( eGFR ( Cre ) = ( ) )    糖尿病薬 ( <input type="checkbox"/> 有《薬剤名》・ <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> 歩行可能・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー    認知症 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )    その他 ( )
要 望 事 項 留 意 事 項 等	読影希望 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )    画像の提出 ( <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要 ) ※検査結果のお届けは原則郵送となります    その他 ( )