

医科・予約申込書・診療情報提供書

北海道大学病院 地域医療連携福祉センター行
〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目
電話 (011) 706-6037 (直通)
FAX (011) 706-7963 (直通)

貴医療機関名:

住 所 :
医師氏名 : 診療科 :
電話番号 :
FAX番号 :

科 先生

すでに北大眼科へ連絡済みで 月 日 時 先生診察予定です。

希望される診療科名に○をつけて下さい。

○印																												
診療科	第一内科	第二内科	第三内科	(循環器内科)	血液内科1	腫瘍内科	第一外科	第二外科	心臓血管外科(循環器外科)	整形外科	泌尿器科	麻酔科	形成外科	診療科	スポーツ医学	小児外科	神経内科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	精神科神経科	神経外科	リハビリテーション科	産科	婦人科	小児科	放射線科	核医学診療科

患者	フリガナ		性別		住所	
	氏名		男・女		電話番号	() - ()
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	(才)	当院の受診暦	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

傷病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査及び診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他 () 検査希望 (<input type="checkbox"/> 心エコー、 <input type="checkbox"/> ホルター心電図、 <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図、 <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー) ▶検査同日に診療科受診が必要になります。				
既往歴及び家族歴					
症状経過 検査結果 治療経過 現在の処方	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <h2 style="margin: 0;">北大眼科ホットライン</h2> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療情報提供書は後ほどFAXするか本人持参 ・ 患者保険情報を下記へ記載または添付 ・ 予約票は持参の必要はありません。患者さんは⑧番窓口へ ・ 即日入院の場合○を記入 <input type="checkbox"/> 即入 </div>				
感染症	HBV (+・-・未検査) MRSA (+・-・未検査) 結核菌 (+・-・未検査)	HCV (+・-・未検査) HIV (+・-・未検査) 排菌: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	梅毒 (+・-・未検査) HTLV-1 (+・-・未検査)	CJD (+・-・未検査)	
歩行状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー				

●保険者証・公費負担受給者証原本のコピーを送信お願い致します。 コピーの送信ができない場合には、以下に記載してください。

被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族	保険者番号	記号・番号
老人医療	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割	市町村番号	記号・番号
公費負担	<input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	負担者番号	受給者番号
公費負担	<input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	負担者番号	受給者番号