

診療情報提供書 (兼患者紹介予約申込書)

(申込年月日) 平成 年 月 日

医療法人 相馬病院

地域医療連携室 宛

(紹介元医療機関)

〒602-8386 京都市上京区御前通今小路下ル
南馬喰町 911

住 所
名 称

TEL(代表)075-463-4301

医師氏名

印

F A X (075) 463-4373

TEL・FAX

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者様氏名		住所	〒 ー
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	TEL	ー ー

紹介目的	1. 入院 2. 診療 3. その他 ()
主訴又は 傷病名	
既往歴(検査 含)・家族歴	
症 状 経 過 治 療 経 過 (現在の処方等)	
患者様の状態 (分かる範囲で ご記入下さい。)	身長(cm)・体重(kg) 歩行可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー 感 染 症 (有 ・ 無) 痴 呆 (有 ・ 無) 造影剤過敏 (有 ・ 無) 薬剤過敏 (有 ・ 無)
要望・留意事項	

診療希望 依頼医師名() *担当医を当院にお任せ頂ける場合は未記入で可
(希望受診日 第1希望 月 日 ・ 第2希望 月 日 ・ 第3希望 月 日)

1. 内科 (1.消化器内科 2.循環器内科 3.内分泌代謝 4.その他) 2. 外科 3. 透 析 4. 整 形 外 科 (1.一般 2.脊椎 3.関節 4.骨腫瘍) 5. 泌 尿 器 科 6. 脳神経外科 7. 神経内科 8. 皮膚科 9. 肛門外科

<input type="checkbox"/> 検査希望
1. CT (部位 :) 単純・造影 2. MRI (部位 :) 単純・造影 3. 骨塩定量 5. 胃透視 4. ミエログラフィー 7. 内視鏡 (胃、大腸、膀胱) 6. 注腸 9. トレッドミル 8. 動脈硬化指数 (ABI) 11. 超音波 (腹部、心臓、甲状腺、前立腺) 10. ホルター心電図 12. その他 ()