＜外来診療予約 ・ 検査予約＞ 申込用紙

20　　年　　月　　日

勤医協中央病院 連携課 宛

〒007-8505
札幌市東区東苗穂5条1丁目9－1
電話　(011)787-7037
FAX　(011)784-2735

紹介医療機関
名称
住所
電話　(　　)　　－
FAX　(　　)　　－
担当部署　　担当者名

勤医協中央病院の受診歴　有 ・ 無

フリガナ		住所	〒
氏名	男 ・ 女 様		
生年月日	大・昭・平・令　年　月　日生　(　歳)	自宅電話	(　　)　　－
		携帯	

□ ＊**当日受診希望** ➡DrToDrをお願いいたします【DrToDr済みの場合、当院の医師名(　　医師)】

□ **希望診療科**　医師の希望 □無　□有(　　)医師

□救急科(当日診療の依頼) ➡DrToDrをお願いします 【DrToDr済みの場合、当院の医師名(　　医師)】

□消化器科(肝疾患)　□消化器科(肝疾患以外)　□消化器外科　□循環器内科　□ リウマチ・膠原病

□糖尿病内分泌　□呼吸器内科　□呼吸器外科　□腎臓内科　□血液内科

□乳腺外科　□心臓血管外科　□整形外科　□泌尿器科　□眼科

□婦人科　□脳神経内科　□放射線治療科

□ **検査希望**

□CT　部位[　　] (□ 造影　Cre値　　)

□MR　部位[　　]　PPM (有 ・ 無)　(□ 造影　Cre値　　)

□消化器内視鏡[上部 ・下部] 抗血栓剤服用 [有 ・ 無]　鎮静剤 /鎮痛剤[有 ・ 無]

□骨塩定量[腰椎正面＋右大腿近位] (身長　　cm)(体重　　Kg)

□超音波検査　部位[　　]

□RI

□その他　[　　]

画像は後日　CD報告となります
CD以外は記入下さい(　　)

紹介目的	1. 診　療　　2. 検　査　　3. その他(　　)
主訴又は傷病名 診療・検査の目的 病状経過 治療経過 現在の処方 禁忌事項等	**診療情報提供書(貴院様式)を添付してください** 担当医
来院方法	□自治体救急車　□施設車　□自家用車　□その他(　　)
現在の状態	□体温(　　℃)　□歩行可　□車椅子　□ストレッチャー
	□ 風邪症状あり　□味覚・嗅覚障害あり
	□現在外来で待っている　□帰宅済み　□入院中(　月　日　退院予定)
要望・特記事項	希望　＜1週間以内・2週間以内・1か月以内・特になし＞　検査時間希望＜午前・午後＞
	□　希望日
	□　都合が悪い日

勤医協中央病院

診療情報管理委員会承認　2025.11.ver7