＜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

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

〒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

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
□産科	□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)
□RI　検査項目[　　]

画像は後日 CD報告となります

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）
資料	□CD-R（ □ XP □ CT □ MR □ 内視鏡 ）＊画像がある場合は、基本事前郵送をお願いします。
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 2026.6.ver8