

診療情報提供書 (受診予約票)

平成 年 月 日

| | |
|--|---|
| 医療機関名 〒003-0804 札幌市白石区菊水4条2丁目 独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 医療連携室 宛 FAX 011-811-9110 TEL 011-811-9117 | 紹介医療機関 名 称 住 所 電 話 番 号 F A X 番 号 医 師 氏 名 |
|--|---|

印

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------------------------|-----------------|----------------|---------|----------|---------|---------|---------|--------|-----------|--------|---------|--------|-------|----------|-----------|--------|----------|-----------|---------|
| 患者氏名 | フリガナ 男・女 | 患者住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) | 電話番号 | () - | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 北海道がんセンター受診歴 | | 有 (昭・平 年頃) ・無 | IDカード 有 () ・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希 望 診療科名 | 1 血液内科 | 2 呼吸器内科 | 3 循環器内科 | 4 消化器内科 | 5 緩和ケア内科 | 6 精神保健科 | 7 消化器外科 | 8 呼吸器外科 | 9 乳腺外科 | 10 腫瘍整形外科 | 11 皮膚科 | 12 泌尿器科 | 13 婦人科 | 14 眼科 | 15 頭頸部外科 | 16 放射線治療科 | 17 麻酔科 | 18 脳神経外科 | 19 心臓血管外科 | 20 形成外科 |
| 紹介目的 | 1. 診療 2. 検査 3. その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主訴又は疾病名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴(検査含)及び家族歴 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病状経過 治療経過 現在の処方等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要望事項 留意事項等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

本用紙をFAXでお送りください。
 受診日が決まりましたら「受診予約受付票」をFAXで返信しますので、患者様にお渡しく下さい。