

受診申込票・診療情報提供書

年 月 日

(紹介先)
〒062-0051
札幌市豊平区月寒東1条15丁目36-17
社会医療法人柏葉会
かしわば記念クリニック
TEL 011-851-2580 FAX 011-851-2581

(紹介元医療機関)
住所
名称
医師氏名
電話番号
FAX番号
ご担当者名

患者情報	フリガナ		受診歴	☐ 無 ☐ 有 (ID)			
	氏名	男 女	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 歳			
	住所	〒 TEL 自宅 () 携帯 ()					

診療情報提供書に記載されている場合は 以下記載不要

紹介目的	☐ 受診 ☐ 検査 ☐ その他 ()				
主訴又は 傷病名					
既往歴					
症状経過 治療経過 現在の処方等	(☐ 下記参照 ☐ 別紙参照)				
資料	☐ 無 ☐ 有 [☐ CD-R ☐ フィルム ☐ その他] ⇒ ☐ 事前郵送可能 ☐ 当日持参予定				
予約希望日	月 日 ☐ 当日受診希望 予定来院時間 (:)				
患者の状態	☐ 入院中 ☐ 外来 (☐ 外来で待っている ☐ すでに帰宅している)				
	☐ 自力歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー ☐ その他 ()				
	※ 感染症 ⇒ 不明 ・ 無 ・ 有 ()				
	※ アレルギー ⇒ 無 ・ 有 ()				
	※ 体内金属 ⇒ 無 ・ 有 (⇒ MRI 可 ・ 否)				
備考					

- ※ 検査状況により、すぐにご案内できない場合がございます。ご了承ください。
- ※ ペースメーカー挿入されている場合、当院でのMRI検査はできません。
- ※ 診療科、症状などにより「札幌柏葉会病院」または「脳神経内科かしわば病院」での対応になる場合がございます。
- ※ ご不明な点などございましたら、上記までご連絡ください。