

診療情報提供書(診察・入院・検査予約票)

様式1

令和 年 月 日

紹介先医療機関

紹介元医療機関

医療法人 萬田記念病院

地域医療連携室

FAX:011-210-4351

〒060-0062 札幌市中央区南2条西1丁目1番地

TEL:011-231-4032

名称

住所

TEL

FAX

医師氏名

印

患者氏名	フリガナ			住所	〒
生年月日	大・昭 平・令	年	月	日(歳)	男・女
萬田記念病院の 受診歴		有		無	電話番号

希望診療科	紹介目的
内科 腎臓内科 眼科	外来 入院 CT検査 透析

主訴または 傷病名					
症状経過 治療経過 現在処方					
	身長・体重 [cm/ kg] 食物・薬剤アレルギー [無 ・ 有 ()]				
患者様の状態 □問題なし	移動	□歩行 □杖歩行 □車椅子(自) □車椅子(介) □ストレッチャー			
	麻痺	□有り (右 ・ 左 ・ 四肢 ・ 対)			
	視力	□視力低下 □片目失明 □全盲			
	聴力	□補聴器使用 □高度難聴 □聾啞			
	言語障害	□有り			
	精神状態	□認知症 □夜間譫妄 □徘徊 □うつ状態 □精神科通院中			
予約希望日 または曜日	第1希望	月	日	曜日	AM ・ PM
	第2希望	月	日	曜日	AM ・ PM

※ご不明な点がございましたら、お手数ですが地域医療連携室までご連絡ください。

※診療内容等に関しましては、別紙でご添付いただいても結構です。

2019.08