

診療情報提供書（患者紹介予約申込書）

患者ご紹介の際はお手数でもこの用紙に御記入の上、地域医療連携室へFAX送信下さい。

目的にチェック して下さい。

外来受診予約

CF検査 GTF検査

検査（CT・MRI・RI・一般撮影） 読影希望

患者さんが希望される日時

月 日 午前・午後

江別市立病院

地域医療連携室 行

〒067-8585 江別市若草町6番地

Tel. 382-5151(内線1152)

Fax. 382-8381

紹介日令和 年 月 日

(紹介元)

医療機関

医師名

Tel. () -

Fax. () -

当院での受診歴・患者カード番号は必ずご記入下さい。

ふりがな
患者名

住所 〒

大・昭 (男・女)
生年月日 平・令 年 月 日生(歳)

連絡先【自宅】Tel. () -
【勤務先】Tel. () -
【自宅】Fax () -

江別市立病院での受診歴 無・有 →

患者カード番号 -

患者様の状況

外来で待っている すでに帰宅 入院中(退院予定： 月 日)

資料

無 有 ・CD-R ・検査記録等 ・フィルム・プレパラート 事前郵送可能 当日持参

希望診療科 内科 呼吸器科 消化器科 循環器科 神経内科 小児科 産婦人科 外科 整形外科

耳鼻咽喉科 眼科 皮膚科 泌尿器科 麻酔科 精神科

希望検査項目 CT (単純・ 造影 → 冠動脈CTの場合 コアベータ使用 可・ 不可)

MRI (単純・ 造影) RI検査 一般撮影

GTF検査 CF検査 その他 ()

CT、MRI造影検査の依頼では、患者さんの服用している薬剤リストを一緒にFAXして下さい。

傷病名

既往歴・現症・治療経過・検査結果・処方等(スペース不足の際は別に添付下さい。)