

※ 患者様が記入する用紙ではありません ※

① 診療情報提供書(受診・入院予約申込書)

医療法人社団 **いとう整形外科病院**

令和 年 月 日

先生御机下

紹介元医療機関

名称

住所

〒060-0062

札幌市中央区南2条西10丁目5番地

TEL:011-221-5765(外来予約センター)

(受付時間:平日9:00~12:00、14:00~17:00迄)

FAX:011-241-5478(外来直通)

(受付時間:平日9:00~17:00迄)

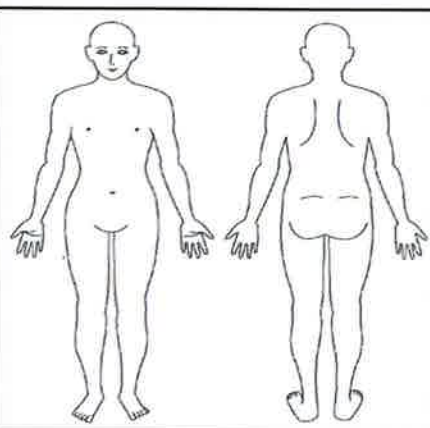
TEL

FAX

医師

④

患者情報	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 令	
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	年	月	日			歳

診療情報	紹介目的	① <input type="checkbox"/> 診療 ② <input type="checkbox"/> 入院 ③ <input type="checkbox"/> 手術 ④ <input type="checkbox"/> その他:							
	診断名								
	発症日	① <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ____年____月____日 ② <input type="checkbox"/> 不明							
	原因	① <input type="checkbox"/> 不明 ② <input type="checkbox"/> 転倒 ③ <input type="checkbox"/> スポーツ / 種目 ④ <input type="checkbox"/> 交通事故 ⑤ <input type="checkbox"/> 工作中 ⑥ <input type="checkbox"/> その他:							
				A <input type="checkbox"/> 起立(<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 不能) B <input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 不能) C <input type="checkbox"/> 局所の症状					
		① <input type="checkbox"/> 疼痛 ② <input type="checkbox"/> 知覚障害 ③ <input type="checkbox"/> 腫脹 ④ <input type="checkbox"/> 筋力低下 ⑤ <input type="checkbox"/> 可動域制限 ⑥ <input type="checkbox"/> 炎症 ⑦ <input type="checkbox"/> その他:							
	経過	(簡素で結構です)							
	既往歴	① <input type="checkbox"/> なし ② <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他:							
抗血栓薬の使用	① <input type="checkbox"/> なし ② <input type="checkbox"/> あり / 薬剤名:								
備考									
来院希望日	① 月 日 (<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM) ② 月 日 (<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM)								
いとう整形外科病院より折り返しご連絡させていただきますので ご担当者の部署とお名前をお知らせ下さい。									

②

患者基本情報

いとう整形外科病院 宛

札幌市中央区南2条西10丁目5番地

TEL (011)241-5461

FAX (011)261-1835

事務ご担当 様

日頃より大変お世話になっております。

当院へ入院が決定しましたら下記記載後 FAXをお願いいたします。

1、

フリガナ			年齢	性別
患者氏名			歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所				
	電話		携帯	
生年月日	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 明・大・昭・平・令	年	月	日
被保険者証(記号、保険者番号)	記号			
	保険者番号 ※保険証のコピーでも可			

2、

家族の付き添い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族以外の付き添い	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> その他 ()

3、

退院時又は転院時の移動方法	<input type="checkbox"/> ご本人・ご家族負担で可
	<input type="checkbox"/> その他 ()
	※ 当院では退院時、転院時(救急の場合は別)、当院からの搬送はいたしておりませんのでご了承下さい。

4、

持参薬の継続方法	<input type="checkbox"/> 家族へ依頼 <input type="checkbox"/> 病院、施設から郵送
	<input type="checkbox"/> その他 ()
	※ 当院では整形外科以外、他科のお薬は常備していない薬剤があります。その場合お手数ですが、かかり付けの医療機関へご家族が取りに行ってください。場合がございましたら、ご協力をお願いいたします。