

ご相談シート(情報提供書)

〒006-0023

札幌市手稲区手稲本町3条2丁目5番1号

手稲脳神経外科クリニック 宛

電話:011-682-1212

FAX:011-682-1214

依頼施設・医療機関

所在地

名称

担当者名

電話 () -
FAX () -

フリガナ		性別		住所	
患者氏名		男 女		電話	() -
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)	当院受診歴 有 無
用件	1. MRI検査 2. CT検査 3. 診察 4. 認知症検査 5. リハビリ 6. ()				
来院希望日	第1希望	月	日	時頃	第2希望 月 日 時頃
主訴・傷病名					
既往歴	既往手術:(人工関節など)				
患者の状態	歩行可 車椅子 ストレッチャー 感染症 (無・有:) ペースメーカー(無・有) 酸素吸入(無・有: L/分)				
現在の症状					
現在の処方	(お薬手帳があれば添付をお願いします)				
要望・留意事項					
担当者の氏名		キーパーソン(続柄)			
来院時の付添	家族(続柄:) ・ 施設の職員 ・ ケアマネージャー ・ その他 ()				

1. シートの当院到着後、電話で連絡いたします。
2. 緊急を要する場合は電話で結構です。
3. 患者さんの状態についてのサマリーがあれば、添付ください。