

# 予約申込書

当日や翌日受診希望など急ぎの際や転院の相談につきましてはDr.toをお願い致します。



申込日 年 月 日

社会医療法人 北楡会 札幌北楡病院

医療連携室 行

〒003-0006 札幌市白石区東札幌6条6丁目5番1号

FAX:011-865-0107(直通)

問い合わせ電話:011-330-5046

医療機関名

電話番号

FAX番号

担当部署

担当者

下記に必要事項をご記載ください

本紙と診療情報提供書、各種検査データを添えて上記のFAX番号まで送信をお願い致します。

内容確認後、予約票を右上のFAX番号へ送信致しますので、患者様にお渡し願います。

なお、各科担当医師に確認後の調整になり時間を要しますので、患者様にはご帰宅願います。

患者情報①	フリガナ		男・女	生年月日	大 昭 平 令		
	氏名				年 月 日 ( 歳 )		
	住所	〒			当院受診歴 無・有(ID )		
	電話番号	(自宅)	(携帯)	(第二連絡先・続柄)			

※何らかの理由で患者様と連絡が困難な際はKPの連絡先をご記載ください

目的	<input type="checkbox"/> 診察・診断	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	<input type="checkbox"/> その他( )
----	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

診察・診断	予約希望診療科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 外科(消化器系)	<input type="checkbox"/> 外科(透析系)	<input type="checkbox"/> フットケア	<input type="checkbox"/> 血管外科	<input type="checkbox"/> 腎臓移植外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 女性の採尿は導尿です	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 腎代替療法選択	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> くび・しびれ・脊髄不可	<input type="checkbox"/> 小児思春期科	<input type="checkbox"/> ペインクリニック	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> スリープ	※肛門科は予約なしで受診可能です。 ※循環器内科、糖尿病代謝内科は新患の受け入れをしております。	
		◆タルサ治療をご希望の場合通常の流れとは異なりますので、まずはお電話ください。																		
	希望医師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師名( )																		
	資料の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:当日持参(CD-R、フィルム、プレパラート、読影・病理レポート、その他: )																		
Dr. to Dr.で連絡済みの場合	北楡病院 _____ 診療科の _____ 先生に連絡済み											予約日時(決まっている場合) 月 日( ) 時 分								

セカンドオピニオン	診療科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 小児思春期科
	来院者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族( 名)	<input type="checkbox"/> その他( 名)	
	資料の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(CD-R、フィルム、プレパラート、読影・病理レポート、その他: )			

※セカンドオピニオンの際、資料は事前郵送(受診日4日前必着)いただきたいため、患者様にはお渡ししないようお願い致します

患者情報②	現在	<input type="checkbox"/> 外来患者 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定日: 年 月 日)
	日時希望	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 最短予約日 <input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日( )

その他備考など	
---------	--