

札幌医大 使用欄	予約番号
	ID番号

## 札幌医科大学脳機能センター予約申込書

※下記の太枠の中をご記入の上、左上の番号あてに送信ください。

申込日 年 月 日

貴医療機関について	医療機関名・住所	電話番号						
		FAX番号						
	診療科・医師氏名							
	紹介事務担当者等	※担当者様の部署・氏名をご記入願います。						
患者様について	ふりがな 患者様氏名	様 (男・女)	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	
	住所							
	電話番号	(自宅連絡 可 ・ 不可 )						
	自宅以外の連絡先電話番号 (携帯・勤務先等)							
	FAX 番号			職業				
患者様の状況及び 予約日時の連絡方法 (番号を○で囲む)	1. 帰宅済み。自宅で札幌医大からの連絡待ち 2. 帰宅済み。貴医療機関から連絡 3. その他 ( )							
診療情報記入欄	紹介目的					札幌医大病院の受診歴 有 ・ 無		
	傷病名					貴院での通院・入院の別 通院中 ・ 入院中		
	既往歴及び家族歴					薬物アレルギー (有 ・ 無)		
	症状経過及び検査結果・治療経過					現在の処方		
	備考 (患者さまに関する留意事項)							
希望記入欄	受診希望日 (申込当日の受診は予約できません。 / 予約状況によってはご希望に沿えぬ場合があります。)							
	(第1希望)	月	日	(第2希望)	月	日	(第3希望)	月

札幌医大使用欄	受付日	受診科	予約日時	月	日 ( )	:
---------	-----	-----	------	---	-------	---