

札幌医科大学附属病院 医療連携福祉センター 行

予約受付 FAX番号 011-621-2233  
 電話番号 011-611-2111 (内線51240)  
 時間 9:00~12:00、13:00~16:00

|            |      |
|------------|------|
| 札幌大<br>使用欄 | 予約番号 |
|            | ID番号 |

新患外来診療予約申込書

- ◎下記の太枠の中をご記入の上、上記のFAX番号あてに送信してください。
- ◎予約の調整がつかしだい「予約票」をFAXにて送信いたします。
- ◎医師指定など、回答に時間がかかる場合がありますのでご了承ください。
- ◎資料等は患者さんにお渡しいただき、原則当日持参でお願いします。

16:00以降のFAX受信は、翌日の受付とさせていただきます。

申込日 年 月 日 (必要に応じ別紙に記載し、併せてFAX送信して下さい。ただし、8枚以上送信する場合は、あらかじめ電話にて連絡して下さい。)

|                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 貴医療機関について                                                                                                        | 医療機関名                                                   | 電話番号                                                                                                 |
|                                                                                                                  | 住所                                                      | FAX番号                                                                                                |
| 診療科・医師氏名                                                                                                         |                                                         |                                                                                                      |
| 紹介事務担当者等                                                                                                         | (部署)                                                    | (氏名) ※必ずご記入願います。                                                                                     |
| 患者さんについて                                                                                                         | ふりがな<br>患者氏名                                            | (男・女) 生年月日 明・大<br>昭・平・令 年 月 日                                                                        |
|                                                                                                                  | 住所〒                                                     |                                                                                                      |
|                                                                                                                  | 電話番号                                                    |                                                                                                      |
|                                                                                                                  | 自宅以外の連絡先電話番号 (携帯・勤務先等)                                  |                                                                                                      |
|                                                                                                                  | 患者の状況及び<br>予約日時連絡方法<br>(番号を○で囲む)                        | 1. 現在外来で返事を待っている<br>2. 帰宅済み。紹介元医療機関から連絡<br>3. 紹介元医療機関に入院中<br>4. その他 ( )                              |
| 診療情報記入欄                                                                                                          | 紹介目的                                                    | 札幌医大病院の受診歴<br>有・無                                                                                    |
|                                                                                                                  | 傷病名                                                     |                                                                                                      |
|                                                                                                                  | 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<br><input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書参照 | 現在の処方                                                                                                |
|                                                                                                                  | 備考 (患者さんに関する留意事項)                                       | <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー : 介助者 ( ) |
| 希望記入欄                                                                                                            | 受診希望診療科 (必ずご記入下さい)                                      | 希望医師名 (ご希望がある場合のみご記入ください)<br>※やむを得ず医師が交代することもありますので、ご了承ください。                                         |
|                                                                                                                  | 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ない場合があります。)    |                                                                                                      |
|                                                                                                                  | (第1希望) 月 日 (第2希望) 月 日 (第3希望) 月 日                        |                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 受診希望日なし <input type="checkbox"/> 曜日の希望あり ( 曜日) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日など ( ) |                                                         |                                                                                                      |
| ※ 予約の変更等がある場合は、紹介元医療機関から当院にご連絡をお願いします。                                                                           |                                                         |                                                                                                      |

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