

# G I Dクリニック新患外来診療予約申込書（令和7年10月～12月診療分）

※下記の太枠の中をご記入の上、ご郵送ください。受付は郵送のみとなりますのでご了承ください。

(記入日) 西暦		年	月	日				
ふりがな		(戸籍上の性)	生年月日	西暦	年	月	日	年齢
氏名		男・女						歳
住所	(〒 - )							
電話番号	自宅：	自宅以外の連絡先（携帯等）：						
◎以下の6つの質問にお答えください（選択式については番号を○で囲んでください。）。 なお、本質問はあくまで参考であり、回答内容により申込多数時の受診決定には何ら影響しませんので、ご協力をお願いいたします。本申込書以外の書類を同封された場合も同様ですので、予めご了承ください。								
1.	これまで札幌大病院を（どの診療科でも）受診したことはありますか？	1. はい 2. いいえ						
2.	これまで幹メンタルクリニックを受診したことはありますか？	1. はい 2. いいえ						
3.	性同一性障害のことで、現在、外科、泌尿器科、婦人科、精神科などの医療機関にかかっていますか？かかっている場合、いつからですか？	1. はい 2. いいえ →「はい」の場合、 ・医療機関名： _____ ・かかった時期： _____年 _____月頃から						
4.	以前、本診療への予約申込を試みたことはありますか？ある場合、いつからですか？	1. はい 2. いいえ →「はい」の場合、 _____年 _____月頃から						
5.	性同一性障害のことで、またはそれ以外のことで、精神科を受診していますか？	1. はい 2. いいえ →「はい」の場合、初診時に、 ①診療情報提供書が必要になります。 ②同じ週での受診はできません。						
6.	自立支援医療の受給者証をお持ちでしょうか？	1. はい 2. いいえ						
◎予約申込に際しましては、下記1～12の留意事項をご確認ください。 ※本申込書をご発送いただく前に必ずお読みください。								
								(・ご了承いただいた後は「☑」：！)
1.	当院は大学病院ですので、研修医や学生が問診や見学を行います。	チェック(☑) <input type="checkbox"/>						
2.	記入もれのある申込書は受付いたしません。	<input type="checkbox"/>						
3.	本申込書を送付される際は、切手を貼った返信用封筒を同封してください。 ※返信用封筒の宛名欄には返信先の「郵便番号」・「住所」・「氏名」を必ず記入してください。	<input type="checkbox"/>						
4.	受付方法は郵送のみとなります。郵送先を今一度ご確認ください。	<input type="checkbox"/>						
5.	申込期限は令和7年8月22日（金）です（当日消印有効）。消印が押されていない場合又は確認できない場合、期限日を過ぎてから到着した申込書は受付いたしません。	<input type="checkbox"/>						
6.	申込多数の場合、抽選により受診者を決定しますので、受診できないことがあります。	<input type="checkbox"/>						
7.	受診日は当院で決定します。受診が決まった場合、9月末日までに受診日時を郵送でお知らせいたします。電話によるお知らせはいたしません。	<input type="checkbox"/>						
8.	上記7の場合、簡易書留郵便でお知らせする関係上、本学の封筒で郵送します（大学名「札幌医科大学」を明記した封筒を使用します。封筒には病院名「札幌医科大学附属病院」は明記していません。）。	<input type="checkbox"/>						
※なお、本学の封筒ではなく同封いただいた返信用封筒での郵送を希望される場合は、「☑」をしてください。但しこの場合は、普通郵便となります。◎希望者のみ「☑」：→								希望者のみ <input type="checkbox"/>
9.	受診できない場合、9月末日までに申込時に同封いただいた返信用封筒で本申込書の返送と併せてその旨お知らせします。電話によるお知らせはいたしません。	<input type="checkbox"/>						
10.	上記9で返信用封筒を同封されていない場合、当院からは何もお知らせいたしません。このため、9月末日までに当院からのお知らせが何もないことをもって本期間での受診ができない旨ご判断いただくこととなりますので、返信用封筒は必ず同封してください。 なお、この場合、本申込書は当院で廃棄します。	<input type="checkbox"/>						
11.	精神科領域の診療にあたっては、当院神経精神科のほか当院G I Dクリニックの連携医療機関である医療法人北仁会 幹メンタルクリニック（中央区大通西20丁目2-2）を複数回にわたり受診していただきます。（幹メンタルクリニックの受診に際しては、所定の料金が別途かかります。）	<input type="checkbox"/>						
12.	受診者の決定方法に関するお問い合わせには一切お答えいたしません。	<input type="checkbox"/>						
◎上記1～12の事項を理解した上で、申し込みいたします。								(・ご理解いただいた後は「☑」：→) <input type="checkbox"/>

注) 1. 必要に応じて本申込書を複写し保管してください。