ＧＩクリニック新患外来診療予約申込書（令和９年１月～３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		年齢
氏　名		男 ・ 女		西暦　　年　　月　　日	歳
住　所	（〒　　－　　）				
電話番号	自宅：		自宅以外の連絡先（携帯等）：		

◎以下の５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．　これまで札医大病院を（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．　性別のことで、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
３．　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
４．　性別のこと、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。
５．　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１～13の留意事項をご了承ください。
※ 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「☑」：↓）

	チェック（☑）
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。	□
２．　記入もれのある申込書は受付いたしません。	□
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。	□
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。	□
５．　申込期限は令和８年12月３日（木）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。	□
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。	□
７．　受診日は当院で決定します。受診が決まった場合、12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。	□
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」は明記しておりません。）。	□
※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 □
９．　受診できない場合、12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。	□
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、12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になりますので、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。	□
11.　精神科領域の診療にあたっては、当院精神科を複数回にわたり受診していただきます。	□
12.　紹介状（診療情報提供書）がない場合は、選定療養費として7,700円をご負担いただきますので、ご了承ください。	□
13.　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。	□
◎上記１～13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「☑」：→）	□

注）１．必要に応じて本申込書を複写し保管してください。