

札医大 使用欄	受付番号
------------	------

スポーツ医学センター診療申込書

※下記の太枠の中をご記入の上、郵送もしくはFAX送信ください。日程等調整後、ご回答いたします。
(医師の調整のため、ご回答に時間がかかることがありますのでご了承ください。)

申込日		年	月	日	(必要に応じ別紙に記載し、併せて郵送またはFAX送信して下さい。)	
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		※担当者の部署・氏名をご記入願います。			
患者さま(選手)について	ふりがな		(男・女)	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
	氏 名					
	住 所					
	電話番号					
	自宅以外の連絡先電話番号(携帯・勤務先等)					
	競技種目	所属連盟等団体・学校 名称： (該当にチェック) ☐ 強化指定選手 ☐ 過去に強化指定選手 ☐ ジュニア選手 ☐ 学校運動部選手				
診療日の連絡方法	札医大からの診療日決定の連絡(郵送又はFAX)を受け、貴医療機関から患者さまに連絡					
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 有 ・ 無		
	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 日					
	特記事項(受診が出来ない日付や曜日、時間帯などありましたら、ご記入ください。)					
札医大使用欄		受付日		受診科		診療日 月 日 () :