

予約受付番号 FAX 011-688-9609

札幌医科大学附属病院 医療連携福祉センター 医療連携係 行

電話番号 011-611-2111 (51190・51230)

時間 9:00~12:00、13:00~16:00

札幌大 使用欄	予約番号
	ID番号

泌尿器科外来診療予約申込書（腎移植用）

◎FAX受付後、1週間程度で予約票をFAXにて送信いたします。

◎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。

◎資料等は特別な指示がない限り当日ご持参ください。

◎担当医より患者様へ直接ご連絡をする場合があることを予め患者様へお伝えください。

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 (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 (男・女) 生年月日 昭・平・令 年 月 日	患者氏名	
	住所 〒		
	電話番号		
	自宅以外の連絡先電話番号 (携帯・勤務先等)		
	患者の状況	1. 帰宅済み(紹介元医療機関から連絡) 2. 紹介元医療機関に入院中	
ドナー予定の方について	ふりがな (男・女) 生年月日 昭・平・令 年 月 日	氏名	
	住所 〒		
	電話番号		
	ご本人との関係 ()		
診療情報記入欄	紹介目的・傷病名・既往歴及び家族歴 症状経過及び検査結果・治療経過については 貴院様式の診療情報提供書や検査データを一緒にFAX願います。	札幌医大病院の受診歴 (有・無)	
	[備考]	薬物アレルギー (有・無)	
		<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 維持透析中(曜日:)	
受診希望日 (申込日より土日祝を除く7日目以降でご希望ください)			
(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 ()			
<input type="checkbox"/> 月 日以降			

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