

予約申込書・診療情報提供書(診察予約)

札幌禎心会病院 地域医療支援センター 行
 〒065-0033 札幌市東区北33条東1丁目3-1
 電話 011-712-0920 (直通)
FAX 011-712-1145 (直通)

依頼医療機関名 _____
 住所 〒 _____
 医師名 _____ 診療科 _____
 電話番号 (_____) _____
 FAX番号 (_____) _____
 担当者 部署 _____ 氏名 _____

申込日 令和 年 月 日			
フリガナ		性別	生年月日
紹介患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大・昭・平・令 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 月 日 歳
住 所	〒 _____		
電話番号		自宅以外の 連絡先	
患者様への 予約日時連絡方法 を選択☑してくだ さい	<input type="checkbox"/> 1. 現在、外来で返事を待っている ※お急ぎの場合 <input type="checkbox"/> 2. 後日、札幌禎心会病院から患者様へ連絡 <input type="checkbox"/> 3. 後日、紹介元医療機関から患者様へ連絡 <input type="checkbox"/> 4. その他(_____)		
受診希望日(申込当日・土日祝の受診は予約できません。予約状況によってはご希望に添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

紹介目的 希望される診療科にチェックを付けてください。

【外来診察】 ※頭頸科・放射線治療科は、専用の予約申込書をご利用ください。	
<input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 整形外科	
【専門外来】 <input type="checkbox"/> もの忘れ外来 <input type="checkbox"/> めまい・難聴外来 <input type="checkbox"/> 胆・膵外来 <input type="checkbox"/> 肝臓外科 <input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄末梢神経外科 <input type="checkbox"/> 不整脈外来 <input type="checkbox"/> 糖尿病外来 <input type="checkbox"/> てんかん外来 <input type="checkbox"/> 脳血管内治療 <input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤 <input type="checkbox"/> ひざ関節専門外来	
【希望医師名】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医師名: [_____] <input type="checkbox"/> Dr to 済 [貴院医師名: _____]	

主病名	
症状経過・治療経過・現在の処方 等 ※貴院様式の『診療情報提供書』を添付でも可。	

資料	<input type="checkbox"/> 当日持参 <input type="checkbox"/> 事前郵送(地域医療支援センター宛て) <input type="checkbox"/> 画像CD-ROM 添付有
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー 体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRI <input type="checkbox"/> 可 / <input type="checkbox"/> 不可)

※ 緊急の場合は、直接Dr. to Dr. で電話依頼(代表:011-712-1131)をお願いします。