|  |
| --- |
| **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 | （　　　　　　）（　　　　　　） |
| 申込日： | 令和　　　 　年　　　　　月　　　　　日 | 担当者 | 部署　　　　　　　　　　　氏名 |
| **フリガナ** | 　 | **性別** | **生年月日** |
| **紹介患者氏名** | 　 | [ ] 男・[ ] 女 | 大・昭・平・令[ ] [ ] [ ] [ ]  年 月 日(　 歳) |
| **住　　所** | 〒 - | 　　 |
| **電話番号** | 　 | 自宅以外の連絡先電話番号 | 　 |
| 患者様への予約日時連絡方法（該当番号にチェックを入れてください） | 　１．[ ] 　現在、外来で返事を待っている ※お急ぎの場合　 　２．[ ] 　後日、札幌禎心会病院から患者様へ連絡　　　３．[ ] 　後日、紹介元医療機関から患者様へ連絡　　　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 】**　※頭頚科・放射線治療科は、専用の予約申込書をご利用ください。 |
| 　　 | 　[ ] 脳神経外科　[ ] 神経内科　[ ] 消化器内科　　[ ] 消化器外科　　　　　　　　[ ] 循環器内科　　[ ] 心臓血管外科　 |
| 　 | 　[ ] 婦人科　　　　[ ] 皮膚科 　[ ] 形成外科 　　[ ] ペインクリニック外科　　 [ ] 泌尿器科　　　[ ] 呼吸器内科 |
|  | 　[ ] 乳腺外科　　[ ] 整形外科 |
| 　 | **【 専門外来 】** |
| 　 | 　[ ] もの忘れ外来　　[ ] めまい・難聴外来　 　[ ] 胆・膵外来　　　　 　[ ] 肝臓外来 [ ] 脊椎・脊髄末梢神経外科 |
| 　 | 　[ ] 不整脈外来 　 [ ] 糖尿病外来　　 　 [ ] てんかん外来　 　[ ] 脳血管内治療　  |
|  | 　[ ] 下肢静脈瘤 　 [ ] ひざ関節専門外来 |
|  | **【 希望医師名 】** | [ ] 無　　[ ] 有 | 医師名：[　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　] | [ ]  Drto済　[貴院医師： 　　　　　　　　　　　　　] |
| **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** | [ ] 当日持参　　　[ ] 事前郵送（地域医療支援センター宛て）　　　[ ] 画像CD-ROM 添付有り |
| **移動方法** | [ ] 歩行可　[ ] 車椅子　[ ] ストレッチャー | **体内の金属** | [ ] 無　・　[ ] 有（MRI：[ ] 可　/[ ] 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。**