

# 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: \_\_\_\_\_  
 電 話 番 号: \_\_\_\_\_  
 F A X 番 号: \_\_\_\_\_  
 担 当 者: 部署 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

申込日 令和 年 月 日		性別		生年月日	
フリガナ		<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
紹介患者氏名					
住 所	〒 _____				
電話番号		自宅以外の 連絡先			
予約日時の 連絡方法を 選択してください	<input type="checkbox"/> 1. 翌営業日に紹介元医療機関へご連絡 <input type="checkbox"/> 2. 翌営業日に札幌禎心会病院から患者様へご連絡 <input type="checkbox"/> 3. その他( ) ※患者様がお待ちの場合はFAX送信後お電話ください。 ※診療科によっては医師確認が必要なため返答までお待ちいただくことがあります。				
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。

<b>【外来診察】</b> ※頭頸科・VAD外来・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"/> 整形外科 <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"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科					
<b>【専門外来】</b> <input type="checkbox"/> 物忘れ外来 <input type="checkbox"/> めまい・難聴外来 <input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄末梢神経外科 <input type="checkbox"/> ワンストップ外来(婦人科) <input type="checkbox"/> 不整脈外来 <input type="checkbox"/> てんかん外来 <input type="checkbox"/> ひざ関節専門外来 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科					
<b>【希望医師名】</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医師名:[ _____ ] <input type="checkbox"/> Dr to 済[貴院医師名: _____ ]					

<b>主病名</b>					
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。					
<b>資料</b>	<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		
<b>移動方法</b>	<input type="checkbox"/> 歩行可	<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<b>体内金属</b>	<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。