

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		☐ 男 ☐ 女	大・昭・平・令 □ □ □ □ 年 月 日 歳
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	☐ 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。 ☐ 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 ☐ 整形外科 ☐ 皮膚科 ☐ 形成外科 ☐ ペインクリニック外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 乳腺外科 ☐ 婦人科 ☐ 糖尿病内科			
【専門外来】 ☐ もの忘れ外来 ☐ めまい・難聴外来 ☐ 脊椎・脊髄末梢神経外科 ☐ 脳血管内治療 ☐ 不整脈外来 ☐ てんかん外来 ☐ ひざ関節専門外来 ☐ ワンストップ外来(婦人科)			
【希望医師名】 ☐ 無 ☐ 有 医師名:[_____] ☐ 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	☐ 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		
移動方法	☐ 歩行可 ☐ 車イス ☐ ストレッチャー	体内金属	☐ 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。