|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。**