医科 外来

平成　　年　　月　　日

北海道大学病院 初診予約申込書

北海道大学病院　医事課新来予約受付担当　行
〒060-8648　札幌市北区北14条西5丁目
電　話　(011) 706−6037（直通）
ＦＡＸ　(011) 706−7963（直通）

貴医療機関名：
住　　所：
医 師 氏 名：　　診療科：
電 話 番 号：
ＦＡＸ番号：
ご担当者名等：

＿＿＿＿＿＿＿＿科

＿＿＿＿＿＿＿＿先生

＊ 明日の予約は、本日15:00までに申込願います。
＊ 16:30以降の予約申込は、翌日対応になります。

1．受診を希望する診療科に○をつけ、以下についてすべてご記入願います。

○印																														
診療科	内科Ⅰ	内科Ⅱ	消化器内科	循環器内科	腫瘍内科	血液内科	神経内科	乳腺外科	消化器外科Ⅰ	小児外科	消化器外科Ⅱ	呼吸器外科	循環器外科	整形外科	泌尿器科	麻酔科	形成外科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	精神科・神経科	脳神経外科	リハビリテーション科	産科	婦人科	小児科	放射線治療科	放射線診断科（ＩＶＲ）	核医学診療科	HPVワクチン副反応支援センター

患者さん					
	フリガナ		性　別	住 所	〒　　-
	氏 名		男・女		
				電話番号	(　　)　　−
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　才）		当院の受診歴	□ 有（　　） □ 無

2．貴院の様式で『診療情報提供書』を記入いただき、申込書と一緒にFAX願います。

傷病名	
既往歴	
連絡事項	□　月　日すでに、ＤｒtoＤｒで連絡済 貴院　　科　　先生より 当院　　科　　先生　へ　連絡済です。
資料	□ 無　□ 有　(CD-R ・Xフィルム ・検査記録 ・プレパラート・　　) →　要返却資料： 資料準備状況→　□ 事前郵送可　□ 当日持参　□ 予約日次第

3．患者さんの現在の状況・予約の希望等を記入願います。

状　況	□ 現在外来でお待ちです。　□ 帰宅されました。　□ 入院中です。（退院予定：　　月　　日）
歩行状態	□ 歩行可　□ 車いす　□ ストレッチャー　□
予約希望日　・　都合の悪い日　等	

4．保険情報の提供：保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信又は、以下に記入願います。

保険情報				
	被保険者	□ 本人　・　□ 家族	保険者番号	記号・番号
	公費負担	□ 特疾　□ 生保　□ 乳幼児 □ 障害　□ その他（　　）	負担者番号	受給者番号