

北海道大学病院 初診予約申込書

北海道大学病院 医事課 初診予約担当 行

FAX : 011-706-7963 (24時間受付)

※明日の予約は15:00までに申込みください。
 ※16:30以降のFAX受診は翌日受付となります。

TEL : 011-706-6037
 受付時間 : 平日 8:30~17:00

《 紹介元医療機関 》

医療機関名 :
 住所 :
 診療科・医師名 :
 電話番号 :
 FAX番号 :
 ご担当者名 :

【患者情報欄】

フリガナ		性別		住所	
氏名		男・女		生年月日	大・昭・平・ 年 月 日生 (才)
電話番号	自宅 - - 携帯 - - その他 ()	当院の受診歴	<input type="checkbox"/> 無 *旧姓での受診歴がある場合、旧姓を記入願います。旧姓 : <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (ID番号確認 :)		
保険情報等	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> その他		
	保険者番号		公費負担者番号		・特定疾患 ・障害者・乳幼児 ・その他 :
	記号番号		受給者番号		
患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定 : 月 日) <input type="checkbox"/> 一人歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャー必要 <input type="checkbox"/> その他				
連絡事項	<input type="checkbox"/> 予約日の希望 <input type="checkbox"/> その他要望等 <input type="checkbox"/> 特になし				

【予約を希望する診療科】

診療科及び専門外来に○を付けてください。

内科Ⅰ : 呼吸器・代謝循環・糖尿病・肺高血圧	消化器外科Ⅰ : 消化器外科・小児外科
内科Ⅱ : 膠原病・糖尿病内分泌・腎臓	消化器外科Ⅱ : 胆膵・上部消化管
消化器内科 : 内視鏡・肝臓・化学療法・胆膵・IBD	呼吸器外科 :
循環器内科 :	循環器外科 : 先天性・その他
血液内科 :	脳神経外科 : 脊髄・血管・腫瘍・その他
腫瘍内科 : 腫瘍内科・がん遺伝子診断来	形成外科 :
神経内科 :	整形外科 : 上肢・下肢・脊柱・股関節・腫瘍・リウマチ・骨粗鬆症・小児股関節・ｽﾍﾞｰｯ外来・野球肘
眼科 :	小児科 : 循環・神経・内分泌・糖尿・免疫・腎臓・血液・感染・遺伝・ﾘｳﾏｰﾄﾞ・代謝・発達支援他
耳鼻咽喉科 : 耳鼻咽喉科・頭頸部	リハビリテーション科 :
皮膚科 : 皮膚科・皮膚外科	精神科・神経科 :
泌尿器科 :	放射線治療科 :
産科 :	放射線診断科(IVR) :
婦人科 : 一般・不妊	核医学診療科 :
乳腺外科 :	
麻酔科 : ペイン・高気圧酸素	

担当医師の指定	※ご希望に添えない場合があります	先生	Dr.toDr.で すでに連絡済みの場合	北大病院	診療科の 先生に連絡済み
---------	------------------	----	-------------------------	------	-----------------

資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・DC-R ・検査記録等 <input type="checkbox"/> フィルム・アパラート ⇒ <input type="checkbox"/> 事前郵送可能 <input type="checkbox"/> 当日持参 <input type="checkbox"/> 受診後要返却 :
----	---

※ 本紙と「診療情報提供書」を一緒にFAX送信願います。
 ※ 予約日時が確定し次第、「受診予約票」をFAX返信しますので患者さんにお渡しください。