

北海道大学病院 新来予約申込書

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までに申し願います。
* 16:30以降の予約申込は、翌日対応になります。
* 口臭専門外来は、患者さんから電話で予約願います。

1. 受診を希望する診療科に○をつけ、以下をすべて記入願います。

Table with columns for dental specialties: 予防歯科, 歯周・歯内療法, 冠橋義歯補綴科, 高齢者歯科, 小児・障害者歯科, 矯正歯科, 歯冠修復科, 義歯補綴科, 口腔内科, 口腔外科, 歯科放射線科, 歯科麻酔科, 歯ざしり専門外来, 摂食・嚥下専門外来, 審美歯科専門外来, 顎関節治療部門外来, 顎口腔機能治療部門外来, 口腔インプラント治療部門外来.

※当院使用欄
・ID
・予約日時
・担当医
・場所
・その他

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. 『診療情報』を提供願います。貴院の様式による『診療情報提供書』をFAXいただいて結構です。

傷病名
既往歴
診療情報 □『診療情報提供書』は別紙のとおり記載済(別様式によりFAX)
症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方など
□ 月 日すでに、Dr to Dr 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・プレパレート・) → 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: 保険者証・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
公費負担 □特疾 □生保 □乳幼児 □障害 □その他 ()
保険者番号 記号・番号
負担者番号 受給者番号