歯科 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 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	□ 無　＊旧姓での受診歴がる場合、旧姓を記入願います。 旧姓　： □ 有 ⇒（ID番号確認：　　）	
保険情報等	□本人　□ 家族　□生保　□ 交通事故　□ 労災　□ 妊婦　□ その他 保険者番号　　記号番号　　公費負担者番号　　受給者番号　　·特定疾患 ·障害者　·乳幼児 ·その他：				
患者の状況	□ 外来で待っている　□ すでに帰宅　□ 入院中(退院予定：　月　日) □ 一人歩行可能　□ 車椅子を使用　□ ストレッチャー必要　□ その他				
連絡事項	□ 予約日の希望 □ その他要望等 □ 特になし				

【予約を希望する診療科】　※口臭専門外来は、予約専用電話(011-706-7733) におかけください。

予約を希望する診療科に〇を付けてください。

																	※
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	歯ぎしり専門外来	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	口臭専門外来 予約は専用電話で受付

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	北大病院歯科　　診療科の 先生 に連絡済み
資　料	□無　□ 有 ・DC-R　・検査記録等 ・フィルム　・ﾌﾟﾚﾊﾟﾗｰﾄ ⇒ 当日持参してください。　□ 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。

当院記入欄

- 患者番号 ：
- 予約日時 ：
- 担当医師：
- 場　　所 ：
- そ の 他 ：