# 外来予約申込書

**当日や翌日受診希望など急ぎの際や転院の相談につきましてはDr.toをお願い致します。**

←FAX送信方向

外来予約　医療機関専用(直通)
FAX:011-330-8338
TEL:011-330-5046

**社会医療法人　北楡会　札幌北楡病院**
地域医療連携室
〒003-0006　札幌市白石区東札幌6条6丁目5番1号

申込日　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 医療機関名 | |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| 担当部署 | |
| 担当者 | |

本紙と診療情報提供書、各種検査データを添えて上記のFAX番号まで送信をお願い致します。
内容確認後、予約票を右上のFAX番号へ送信致しますので、患者様にお渡し願います。
**なお、各科担当医師に確認後の調整になり時間を要しますので、患者様にはご帰宅願います。**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 患者情報① | フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 大　昭　平　令 |
| | 氏名 | | | | 年　月　日（　歳） |
| | 住所 | 〒 | | | 当院受診歴　無　・　有 |
| | 電話番号 | （自宅） | （携帯） | | （第二連絡先・続柄） |

※何らかの理由で患者様と連絡が困難な際はKPの連絡先をご記載ください

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 診察・診断 | 予約希望診療科 | □血液内科 | □消化器内科 | □外科（消化器系） | □外科（透析系） |
| | | □フットケア | □血管外科 | □腎臓移植外科 | □泌尿器科（女性の採尿は導尿です） |
| | | □腎臓内科 | □腎代替療法選択 | □整形外科（くび・しびれ・背髄不可） | □小児思春期科 |
| | | □ペインクリニック | □麻酔科 | □スリープ | ※肛門科は予約なしで受診可能です。<br>※循環器内科、糖尿病代謝内科は新患の受け入れをしておりません。 |
| | | ◆タルサ治療をご希望の場合通常の流れとは異なりますので、まずはお電話ください。 | | | |
| | 希望医師 | □指定なし　□医師名（　） | | | |
| | 資料の有無 | □無　□有：当日持参（CD－R、フィルム、プレパラート、読影・病理レポート、その他：　） | | | |
| | Dr. to Dr.で連絡済みの場合 | 北楡病院 ＿＿＿＿＿＿ 診療科の ＿＿＿＿＿＿ 先生に連絡済み | | 予約日時（決まっている場合）　月　日（　）　時　分 | |

| | | |
|---|---|---|
| セカンドオピニオン | 診療科 | □血液内科　□外科　□消化器内科　□小児思春期科 |
| | 添付資料 | □無　□有（CD－R、フィルム、プレパラート、読影・病理レポート、その他：　）<br>※資料は事前郵送（受診日4日前必着）いただきたいため、患者様にはお渡ししないようお願い致します |
| 移植相談 | 診療科 | □血液内科　□腎臓移植外科 |

| | | |
|---|---|---|
| 患者情報② | 現在 | □外来患者　□入院中（退院予定日：　年　月　日） |
| | 日時希望 | □いつでも良い　□最短予約日　□都合の悪い日・曜日（　） |
| | その他<br>備考など | |

←FAX送信方向　FAX：011-330-8338