# 予約申込書（診療情報提供書）

申込日　　年　　月　　日


社会医療法人　北楡会　札幌北楡病院

医療連携室　行

〒003-0006　札幌市白石区東札幌6条6丁目5番1号

**FAX：011-865-0107（直通）**

問い合わせ電話：011-330-5046


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

下記に必要事項をご記載ください

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。

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>無・有（ID　　） | |
| | 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

| | |
|---|---|
| 目的 | □診察・診断　　□セカンドオピニオン　　□その他（　　） |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 整形外科（くび・しびれ・脊髄不可） | 肛門外科 | ペインクリニック　麻酔科 | スリープ | 小児思春期科 | | | |
| | 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<br>＿＿＿＿＿＿ 先生に連絡済み | | | | | | | | | | | 予約日時（決まっている場合）<br>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 |
| | 来院者 | □本人　□家族（　　名）　□その他（　　名） |
| | 資料の有無 | □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：　　） |

※セカンドオピニオンの際、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

| | | |
|---|---|---|
| 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 | |