

# 受診予約申込書

令和 年 月 日

〒063-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1番1号

依頼医療機関



北海道医療センター  
地域医療連携室 宛



所在地  
名称

TEL ( ) - FAX ( ) -

FAX:011-611-8112 TEL:011-611-8116

医師名

※FAXは24時間受電しております。翌営業日に予約票をお送りさせていただきます

### 希望診療科に○印

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
リウマチ（膠原病）科	呼吸器内科	糖尿病・脂質代謝内科	消化器内科	腎臓内科	循環器内科	脳神経内科	血液内科	外科	呼吸器外科	整形外科	心臓血管外科	脳神経外科	小児科	泌尿器科	婦人科	皮膚科	形成外科	耳鼻咽喉科	眼科	麻酔科	緩和ケア外来	神経筋外来（成育）

### 希望専門外来に○印

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病合併症検査外来	便秘外来	肝臓専門外来	IBD専門外来	がん化学療法外来	ペースメーカー外来	SAS専門外来	多発性硬化症専門外来	認知症疾患診断外来	ストーマ外来	おなかのヘルニア外来	脊椎脊髄病専門外来	手・肘・肩専門外来	下肢専門外来	脊柱側弯症専門外来	血管生理検査外来	小児腎臓病センター	小児遺伝代謝センター	婦人科女性医師外来	褥瘡専門外来	嚥下外来		
<small>糖尿病合併症検査外来</small>		消化器内科			循環器内科		脳神経内科		外科		整形外科			心臓血管外科	小児科	婦人科	皮膚科	耳鼻科				

フリガナ	住所
患者様氏名 様 男・女	電話 ( ) -
生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日生 ( 歳)	当院の受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ID )

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来希望(口検査 ) <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> その他( )
希望される医師・日時	医師の指定は 入院または外来診察の際 無・有 ( 医師 ) 日付の指定は 無・有 ( 月 日 AM・PM )

主病名	
症状・治療経過 現在の処方など	(別紙ご添付をお願いいたします)

ADL他 (入院希望は必須)	歩行可・車椅子・ストレッチャー	酸素吸入(有: L/分、無)
	栄養(経口摂取可・経管栄養:【胃瘻・ 】・IVH)	薬剤・食物アレルギー(無:有 )
	MRSA(有・無・未検査)	その他の感染症( ) 身長 cm 体重 kg

※ 当日受診・緊急依頼の場合には Dr.to Dr.でのご依頼(代表011-611-8111)をお願いします。

※ 地域医療連携室受付時間(8:30~17:00)以外もFAXは受電しております。翌診療日に予約票をお送りさせていただきます。

※ 本票をFAXでご提出いただき、診察(検査)日が決定しましたら予約通知書をFAXで返信いたしますので患者様にお渡しください。

※ CT・MRI等の共同利用のご依頼は専用の申込書をご使用ください。

※ 入院依頼の際は、患者様へ印鑑と保険証を必ずお持ちいただくようお願いいたします。