

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------|--------------|-------|------|-------|-------|------|----------|-------|------|--------|-------|-----|------|-----|-----|------|-------|----|-----|-----------|
| リウマチ（膠原病）科 | 呼吸器内科 | 内分泌・代謝・糖尿病内科 | 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・消化器外科 | 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 | 神経筋外来（成育） |
|------------|-------|--------------|-------|------|-------|-------|------|----------|-------|------|--------|-------|-----|------|-----|-----|------|-------|----|-----|-----------|

希望専門外来に○印

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--------|------------|----------|-----------|-------------------|-------------------------------|--------|------------|--------|-----------|-----------|--------|--------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------|--|--|
| 便秘外来 | 肝臓専門外来 | I B D 専門外来 | がん化学療法外来 | ペースメーカー外来 | 多発性硬化症・視神経脊髄炎専門外来 | 認知症外来 レカネマブ外来 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 | 脊椎専門外来 | 脊柱側弯症専門外来 | 手・肘・肩専門外来 | 下肢専門外来 | 足部専門外来 | 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 | 婦人科骨盤臓器脱外来 | 婦人科遺伝腫瘍外来 | 嚥下外来 | | |
| | 消化器内科 | | | 循環器内科 | | 脳神経内科 | 外科 | | | 整形外科 | | | 小児科 | | 婦人科 | | | 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) |

| | | |
|-------------|-----------------------------|------------------------------|
| 感染症に関する事前情報 | 1) <input type="checkbox"/> | 「発熱の原因がわからない」(いわゆる「不明熱」である) |
| | 2) <input type="checkbox"/> | 「肺炎の疑い」がある |
| | 3) <input type="checkbox"/> | 「ウイルス感染症の疑い」がある ※1)～3)は複数選択可 |
| | 4) <input type="checkbox"/> | 1)～3)いずれにも該当しない |

| | |
|------------|---|
| 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 | 入院または外来診察の際 医師の指定は 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ください。