

受診予約申込書

〒063-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1番1号



**北海道医療センター
地域医療連携室 宛**

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

依頼医療機関

所在地

名称

TEL () - FAX () -

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	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)	内科

希望専門外来に○印

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	視多発性神経性脊髄化炎症専門外来	認知症疾患診断外来	レカネマブ	ドナネマブ	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	婦人科骨盤臓器脱臼外来	嚥下外来	緩和ケア外来	褥瘡外来

フリガナ		住所																		
患者様氏名		男・女																		
生年月日 (大・昭・平・令)		年 月 日生(歳)		当院の受診歴 □なし □あり(ID)																

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

紹介目的	□外来希望(□検査)□入院希望 □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。翌営業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伝えください。

令和7年11月改訂