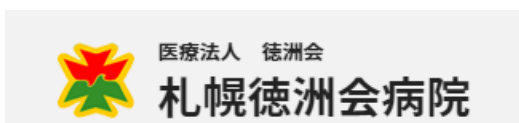


【外来予約申込書】

札幌徳洲会病院 医療連携室
 〒004-0041
 札幌市厚別区大谷地東1丁目1番1号
 医療連携室 FAX:011-890-1676 (直)
 TEL:011-890-1604 (直)



【予約方法】

本紙（外来予約申込書）と診療情報提供書（貴院様式）を上記FAX番号へ送信して下さい。

当院よりFAXにて予約票を返信しますので、患者様へお渡し下さい。

30分前後で返信できない場合はお電話にてご連絡させていただきます。

予約受付時間 9:00~16:30 (平日)

ご紹介元 医療機関	医療機関名		TEL	
	住所		FAX	
	診療科		医師氏名	
	担当部署		担当者名	

患者情報	フリガナ		性別		生年月日	
	氏名					
	住所	〒				
	電話番号	(自宅)		(携帯)		
	当院受診歴	ID:()				
	ADL	<input type="checkbox"/> 独歩可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他				
	待機状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中				
受診希望日						

ご依頼内容	診療科	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		消化器内科	内科	腎臓内科	I B D セン タ ー	糖 尿 病 内 科	血 液 内 科	循 環 器 内 科	心 臓 血 管 外 科	弁 膜 症 ・ S A S	外 科 ・ 乳 腺 外 科	静 脈 瘤 ・ ス ト マ	整 形 外 科	外 傷 セ ン タ ー	小 児 科	血 友 病	眼 科	形 成 外 科	婦 人 科	皮 膚 科	耳 鼻 咽 喉 科
資料の有無	<input type="checkbox"/> CD-R (当日ご持参お願いします) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 無																				
備考																					

※ 内科系は、処方、採血結果の添付をお願いします。

※ 産科のご予約は、平日13時以降に代表電話にご連絡ください。