

札幌医科大学附属病院 医療連携福祉センター 行

予約受付 FAX番号 011-621-2233
 電話番号 011-611-2111
 時間 9:00~12:00、13:00~16:00

札幌大 使用欄	予約番号
	ID番号

産科周産期科新患外来診療予約申込書

◎FAX受付後、3診療日後に「予約票」をFAXにて送信いたします。

◎下記の太枠の中をご記入の上、上記のFAX番号あてに送信してください。

◎資料等は患者さんにお渡しいただき、原則当日持参でお願いします。

申込日 年 月 日 (必要に応じ別紙に記載し、併せてFAX送信して下さい。ただし、8枚以上送信する場合は、あらかじめ電話にて連絡して下さい。)

貴医療機関について	医療機関名	電話番号
	住所	FAX番号
	診療科・医師氏名	
紹介事務担当者等	(部署)	(氏名)

※必ずご記入願います。

患者さんについて	ふりがな 患者氏名	(男・女)	生年月日	明・大 昭・平・令	年 月 日
	旧姓 ()	住所	〒		
	電話番号				
	自宅以外の連絡先電話番号 (携帯・勤務先等)				
	患者の状況	1. 帰宅済み(紹介元医療機関から連絡) 2. 紹介元医療機関に入院中			

(里帰り出産の方など) 現在の住所: () 方)

診療情報記入欄	紹介目的	札幌医大病院の受診歴 有・無
	傷病名	保険情報等 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災
	既往歴及び家族歴	薬物アレルギー (有・無)
	症状経過及び検査結果・治療経過 <input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書参照	現在の処方
	【必ずご記入ください】	

_____週_____日 (_____/_____現在) 出産予定日 _____年 _____月 _____日

妊娠出産回数 _____妊 (今回の妊娠を含む) _____産

備考 (患者さんに関する留意事項) 歩行可 車椅子 ストレッチャー : 介助者 ()

希望記入欄	受診希望医師の有無	希望医師名 (ご希望がある場合のみご記入ください)
	有 無	※やむを得ず医師が交代することもありますので、ご了承ください。
	受診希望日 (申込日より土日祝を除く3診療日以降でご希望ください/お急ぎの予約は直接DrtoDrでご相談ください)	

(第1希望) _____月 _____日 (第2希望) _____月 _____日 (第3希望) _____月 _____日

受診希望日なし 曜日の希望あり (_____曜日) 都合の悪い日・曜日など ()

※ 予約の変更等がある場合は、紹介元医療機関から産科外来にご連絡をお願いします。

札幌大使用欄	受付日	受診科	産科周産期科	予約日時	月 日 () :
--------	-----	-----	--------	------	-----------