

令和元年 9月 10日

各医療機関の長 殿

北海道大学病院 病院長 秋田 弘俊

### 患者さんの紹介予約方法の変更について

平素より、北海道大学病院における診療につきまして、患者様のご紹介や診療情報提供等々の医療連携にご協力いただき、誠にありがとうございます。

このたび令和元年10月1日（火）から患者さんの紹介予約方法を下記のとおり変更することといたしましたのでお知らせいたします。

患者サービスの向上と、貴院の紹介にかかる時間の短縮につながると考えております。ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

#### 記

申し込み変更年月日：令和元年10月1日（火）から

#### 主な変更点

- ① 患者さんの紹介予約は同封しております「北海道大学病院初診予約申込書」（以下「申込書」という。）にて申し込みをお願いいたします。
- ② 「診療情報提供書」は受診予約日の2日前（祝休日を除く・一部の診療科を除く）までにFAX（または他の資料と共に郵送）をお願いいたします。
- ③ 病状が緊急を要する場合等は、直接担当の診療科にご連絡いただくようお願いいたします。本院の医師との間で受診予約日の決定がされた場合には、その旨を申込書に記載願います。

令和元年 9 月 10 日

各医療機関担当者 殿

北海道大学病院

医事課新来予約受付担当

### 患者さんの紹介予約方法の変更について

平素より、北海道大学病院の紹介予約にご理解ご協力をいただきまして誠にありがとうございます。

標記に伴い、令和元年 6 月 28 日付けにて送付しております「北海道大学病院初診外来の受診手続きについて」（2019 年度版）の一部（1 ページ～6 ページ）が令和元年 10 月 1 日から別添のとおり変更となります。

「北海道大学病院初診外来の受診手続きについて」  
(2019年度版) にはさみ込み、ご利用下さい。



# 初診外来の予約から受診まで



北海道大学病院の初診外来は、待ち時間短縮の為予約制を実施しております。予約をおとりになる際は、先に「北海道大学病院宛の紹介状」をご用意ください。

なお、紹介状なしで受診可能な診療科を初めてお掛かりになる場合、他の医療機関からの紹介状をお持ちでない方につきましては、受診の際初診料とは別に選定医療に関する費用をご負担いただくこととなりますので、あらかじめご了承ください。  
医科:5,000円 歯科:3,000円 (保険外・税別)

## 医療機関からの予約申し込み方法

### 《FAXでお申込みください》

【専用FAX：011-706-7963】

受付時間：平日8：30～17：00（月～金）

\*翌日の予約は、15:00までの受付です。

\*16:30以降の申込みは、翌日対応いたします。

\*電話：011-706-6037

\*患者さんからの電話はお受けできません。

『初診予約申込書』を記入し、『診療情報提供書』と一緒に、紹介予約受付担当宛にFAXを送信してください。  
\*『初診予約申込書』の書式は、配付の冊子又はホームページをご活用ください。  
\*『診療情報提供書』は、受診日の2日前までにFAX（または他の資料と共に郵送）してください。

『初診予約申込書』及び、『診療情報提供書』のFAXを受信後、診療科等との調整を行い、予約日時を確定いたします。  
\*調整に時間を要する場合は、事前にご連絡をさせていただきます。

### 《予約をお取りしました》 『受診予約票』をFAXします。

予約日時及び来院時の受付手順等をご案内いたします。『受診予約票』は、当日持参していただきますので必ず患者さんにお渡しください。

患者さんは予約日に来院し、受診。

紹介元医療機関には、患者さん受診後に返書（診療情報提供書）を作成し、お届けします。

## 患者さんからの予約申し込み方法

### 《専用電話でお申込みください》

【専用電話：011-706-7733】

受付時間：平日9：00～16：00（月～金）

\*翌日の予約は、15:00までの受付です。

\*休み明け及び午前中は、電話が大変混み合いますので、時間をおいてお掛け直し願います。

医療機関からの『当院宛紹介状』を手元に用意してからお電話をお掛けください。  
\*次の診療科は、直接電話予約してください。  
・リハビリテーション科：011-706-7010  
・精神神経科：011-706-5774  
\*眼科、核医学診療科、放射線治療科、放射線診断科(IVR)及び、がん遺伝子診断外来の予約は、医療機関を通してお申込みください。

お電話では、次の必要事項を確認させていただいてから希望の診療科について予約状況を確認し、予約日時を確定します。  
・氏名・性別・生年月日・住所・連絡先  
・当院受診歴・紹介元医療機関名・紹介状に記載の宛先

### 《予約をお取りしました》

確定した予約日時と、来院時の手続きについてお伝えします。電話口には「予約確認票」（冊子掲載）又は、メモをご用意いただき、お伝えする予約日時等と患者仮番号を記入し、当日お持ちください。

患者さんは予約日に来院し、受診。

## 【予約申し込み時の確認事項】

○どちらの予約方法でもお申込みできますが、できるだけ医療機関を通して予約をお願いいたします。

・患者さんが電話で予約をお取りになる場合、事前に「紹介状」と「予約確認票」（冊子及びHPに掲載しています）を患者さんにお渡しください。

・「健康診断」等の結果があり当院を受診される場合、健診結果等とは別に当院該当診療科宛の「紹介状」が必要です。

・医療機関からFAXで申込みされる場合は、「北海道大学病院 初診予約申込書」（冊子及びHPに掲載しています）と、紹介状ほか（必要に応じ）を2日前までにFAX送信（または郵送）してください。

・画像データ等の送付は、別途ご案内いたします。

○予約の申込受付は、土日・祝祭日及び年末年始（12/29～1/3）を除きます。

○“再診”の予約については、お掛かりの診療科外来に直接連絡してください。

## ＝ 外来受診のご案内 ＝

(令和元年10月版)

### 《 原則 紹介制・予約制 》

当院は、平成6年より厚生労働省から“特定機能病院”としての承認を受けております。  
 そのため、当院に初めておかけになる場合は、他医療機関からの「当院宛紹介状」が必要です。  
 紹介状なしで受診可能な診療科にかかれる場合、他の医療機関からの「当院宛紹介状」がない方は、初診料とは別に、保険外の選定療養に関する費用をご負担いただきますので、ご了承ください。  
 保険外の選定療養に関する費用 医科：5,000円(税別) 歯科：3,000円(税別)  
 また、お待ちいただくことなく受診していただくため、「事前予約」制を取っております。

### 《 事前予約の方法 》 予約には、①患者さんが電話、②医療機関を介して、③窓口で、の3つの方法があります。

- ①患者さんが電話で予約する方法：お手元に必ず『紹介状』とメモ用紙をご用意して、お電話ください。  
 専用電話 ☎ 011-706-7733 (午前中及び当院の休診日明けは大変混み合います)  
 受付時間 平日 9:00～16:00 (翌日の予約は15:00で受付終了です)  
 ※ 土曜日・日曜日・祝日及び年末年始(12月29日～1月3日)を除きます。
- ②医療機関(かかりつけ医)を介して予約する方法：かかりつけの医師にご相談ください。
- ③窓口で予約する方法：紹介状をお持ちになり、1階 受付窓口「②番」へお越しください。  
 注) “医療機関を介して予約する方法”でのみ予約の診療科があります。《外来診療体制一覧》でご確認ください。

### 《 受付手続き 》 受付開始は8:30からです。予約時間の30分前までに受付窓口で手続をお取りください。

受付手続きについては予約をお取りした際に、患者さんにお伝えしております。

- ・ 当日持参する物 …『紹介状』、『健康保険証』等、『お薬手帳』ほか ※予約時お伝えします。
- ・ 場所 ▷医科…1階 医療機関からの申込は、『受付窓口①番』 電話での申込は、『受付窓口③～⑤番』  
 ▷歯科…2階 医療機関、電話の予約共“歯科診療センター”総合受付の、『①初診受付』

### 《 外来診療体制一覧 》 ※受診を希望する診療科の“初診時体制”をご確認ください。

診療科名	診療分野	初診日	再診日	初診時体制	
				事前予約	紹介状(当院宛)
内科Ⅰ	呼吸器	月～金	月～金	必要	必要
	循環代謝	月・木			
	肺高血圧	金			
内科Ⅱ	膠原病	月～金			
	腎臓				
	糖尿病・内分泌	火・水・金			
消化器内科	肝臓	月・火・水・金			
	胆膵	月・火・水・金			
	化学療法	月～金			
	IBD	火・水・木・金			
内視鏡・その他消化管	月～金				
循環器内科	循環器	月～金			
血液内科	血液	月～金			
	HIV感染症				
神経内科	神経・筋	月・水・木・金			
腫瘍内科	腫瘍内科	月～金			
	がん遺伝子診断	月・水・木			
乳腺外科	乳腺外科	月・火・水	月・水・金		
循環器外科	その他心血管疾患	月・金	月・木・金		
	先天性心血管疾患	水			
消化器外科Ⅰ	肝臓外科	月・水・金	月		
	大腸・肛門外科	月・水・金 <small>火・木は診療科へ 事前確認願います</small>	金		
	小児外科	月・金	月・金		
	消化器移植外科	月・水	木・金		
				※予約なくとも受診は可能(予約優先)	*なくても受診は可能ですが、初診料の他5,000円(保険外・税別)がかかります。

… ウラ面もご覧ください…

《 外来診療体制一覽 》 オモテ面の続きです

診療科名	診療分野	初診日	再診日	初診時体制		
				事前予約	紹介状(当院宛)	
消化器外科Ⅱ	食道・胃外科	火・木 月・水・金は診療科へ 事前確認願います	火・木	※予約なくとも受診は 可能(予約優先)	*なくとも受診は可能で すが、初診料の他5,000円(保 険外・税別)がかかります。	
	胆道・膵臓外科					
呼吸器外科	呼吸器外科	月・火・木		必要	必要	
整形外科	上肢	月・水・木・金				
	下肢	月・水・金	月・火・水・金			
	脊柱	月・水・金	月・火・水・金			
	股関節	月・火・水・金				
	骨粗鬆症	月・水・金				
	小児股関節	月・水・金				
	リウマチ	月・水・金				
	骨軟部腫瘍	水				
	転移性骨腫瘍	月				
	側わん症	木				
	スポーツ外来	月・金				
野球肘外来	不定期					
婦人科	一般・腫瘍	月・水	月～木			必要
	不妊・内分泌	木				
耳鼻咽喉科	耳鼻咽喉科一般	月・水・金	月・木			
	頭頸部悪性腫瘍 (甲状腺腫瘍・リンパ腫を除く)	火				
	前庭	月	診療科へ 事前確認願います			
	鼻	水				
	音声	水				
耳科手術・小児難聴	金					
皮膚科	皮膚科	月・火・水・金				
	皮膚外科	木				
泌尿器科	泌尿器科	火・木・金	月～金			
麻酔科	ペイン、高気圧酸素	月・水・金の午前				
小児科	循環器	火の午後	月・水・木、金の午後			
	神経・代謝	月・水	月・火・水			
	内分泌・糖尿病	火・水・金				
	免疫	火の午前				
	腎臓	木、金の午前				
	血液	火・水・木	月・木、火・金の午前			
	感染	火				
	遺伝	第1・3火曜				
	アレルギー・リウマチ性疾患	金の午後				
発達支援	水・木・金					
脳神経外科	血管	月・火・木・金	月・火・木・金	必要	*なくとも受診は可能で すが初診料の他 医科は、5,000円 歯科は、3,000円 (保険外・税別)がかかり ます。	
	脊髄	火・木				
	腫瘍	月・火・木				
	その他脳神経外科疾患	月・火・木・金				
産科	産科	火・金	月～金			※予約なくとも 受診は可能 (予約優先)
形成外科	形成外科	火・水・木 ※頭の形：第1火曜				
歯科	歯科	月～金				
眼科	眼科	月・水・金	月～金			医療機関を介して 予約をお取り下さい
放射線治療科		月・火・木				
放射線診断科(IVR)		火・水・金				
核医学診療科		水・金				
精神科神経科		月～金				
リハビリテーション科		☎011-706-7010に問い合わせ願います。				

## 予約確認票

— 北海道大学病院に初めて受診される患者さんへ —

紹介状の宛名を確認して予約をお取りします。紹介状は必ずお手元にご用意ください。

**予約専用電話 ☎ 011-706-7733 (受付時間 月～金 9:00～16:00)**

※ 但し、翌日の予約は、15:00までの受け付けです。

※ 午前中（特に当院の休診日明け）は大変混み合います。午後は比較的つながりやすいです。

予約の前に次の内容を確認いたします。

- ・「紹介状をもらった医療機関名」・「紹介状の宛先」・「北大病院の受診歴」
- ・「氏名」・「性別」・「生年月日」・「住所」・「電話番号」

### 予約の日時

( 月 日に予約取得)

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( ) 時 \_\_\_\_分 ※30分前までにご来院ください。

仮患者番号：10-

(全9桁) ※予約をお取りした際お伝えします

※予約の変更等は、必ず上記「予約専用電話」までご連絡ください。

### 《当日のご案内》

**【手続き】** 受付窓口では、8:30から手続きを開始します。

・ 医科受診の方 …  「診療申込書」を記入し、受付窓口③番の箱に入れ、お近くでお待ちください。

「診療申込書」を記入し、③～⑤番初診受付窓口にお出してください。

・ 歯科受診の方 … 2階の“歯科診療センター”で、歯科用「診療申込書」を記入し受付窓口にお出してください。

**【持ち物】**  紹介状  健康保険証等  お薬手帳  本書

※「お薬手帳」がなければ、お薬の持参でもかまいません。

\* ホームページをご覧いただく場合：トップページ > 初診の方 > 初めて受診される方 > 受診方法  
URL：http://www.huhp.hokudai.ac.jp/hotnews/detail/00000405.html#a2\_2

### ■ ご紹介元医療機関様へのお願い ■

ご紹介元医療機関名： \_\_\_\_\_

様

・ 患者さんが予約の電話をする前に“診療科名”と“北大病院”宛明記の『紹介状』を作成願います。

・ 『予約確認票』に受診科をチェックし、『紹介状』と一緒に患者さんにお渡しください。

※受診する「診療科」・「専門外来」をチェックしてください。

内科 I	<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環代謝・糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺高血圧	皮膚科	<input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 皮膚外科
内科 II	<input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌 <input type="checkbox"/> 腎臓	泌尿器科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
消化器内科	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 胆膵管 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患 (IBD) <input type="checkbox"/> その他消化器疾患	麻酔科(ペイン)	<input type="checkbox"/> ペイン <input type="checkbox"/> 高気圧酸素
循環器内科	<input type="checkbox"/> 循環器疾患	脳神経外科	<input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> その他脳神経外科疾患
血液内科	<input type="checkbox"/> 血液疾患、造血幹細胞移植等 <input type="checkbox"/> HIV感染症	形成外科	<input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 頭の形(第1火曜)
腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> がん遺伝子診断外来	神経内科	<input type="checkbox"/> 神経内科
整形外科	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 脊柱 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 小児股関節 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍 <input type="checkbox"/> 転移性骨腫瘍 <input type="checkbox"/> 側彎症 <input type="checkbox"/> スポーツ外来 <input type="checkbox"/> 野球肘外来	呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科
婦人科	<input type="checkbox"/> 婦人科一般疾患(月・水) <input type="checkbox"/> 不妊(木)	消化器外科 I	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 大腸・肛門 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 消化器移植外科
眼科	<input type="checkbox"/> 眼科	消化器外科 II	<input type="checkbox"/> 胆膵 <input type="checkbox"/> 上部消化管(食道・胃)
小児科	<input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 内分泌・糖尿病 <input type="checkbox"/> 神経・代謝 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 遺伝 <input type="checkbox"/> アルルキッド・リウマチ性疾患 <input type="checkbox"/> 発達支援	循環器外科	<input type="checkbox"/> 先天性循環器外科 <input type="checkbox"/> その他循環器外科
耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科一般 <input type="checkbox"/> 前庭 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 音声 <input type="checkbox"/> 耳科手術・小児難聴 <input type="checkbox"/> 頭頸部悪性腫瘍(甲状腺・副甲状腺・耳下腺・顎下腺を除く)	産科	<input type="checkbox"/> 産科
		乳腺外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科
		歯科診療科	<input type="checkbox"/> 歯科新来 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 口腔内科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 矯正科

※ 精神科神経科は 011-716-5774に、リハビリテーション科は 011-706-7010に、ご連絡願います。

※ 眼科、精神科神経科、放射線(3科)のご予約は、医療機関からの予約申込のみでお受けしております。

医科 外来 FAX用

## 北海道大学病院 初診予約申込書

北海道大学病院 医事課 初診予約担当 行 《 紹介元医療機関 》  
 FAX : 011-706-7963 (24時間受付) 医療機関名 :  
 TEL : 011-706-6037 住所 :  
 受付時間 : 平日 8:30~17:00 診療科・医師名 :  
 電話番号 :  
 FAX番号 :  
 ご担当者 :

## 【初診予約申込の流れと注意事項】

- ① 本紙に必要な事項を記入願います。
- ② 予約を希望する診療科・専門分野を記入願います。
- ③ 予約日時が確定し次第、「受診予約票」をFAX返信しますので患者さんにお渡しください。
- ④ 明日の予約は15:00までに申込みください。
- ⑤ 16:30以降のFAX受信は翌日受付となります。
- ⑥ 本紙と「診療情報提供書」を一緒にFAX送信願います。
- ⑦ 本紙と別に「診療情報提供書」をFAXする場合は、⑤のFAX受信後、受診日の2日前（祝休日を除く・一部の診療科を除く）までに、患者氏名及び「受診予約票」に記載されたIDを記入の上、送信願います。  
 ※耳鼻咽喉科は1週間前、形成外科は2週間前までに送付願います。
- ⑧ 再診予約及び入院を要する患者さんにつきましては、直接該当診療科にお問い合わせください。

## 【患者情報欄】

フリガナ		性別	住所	〒	—
氏名		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日生 ( 才)
電話番号	自宅 - - 携帯 - - その他 ( )		北大病院 の受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( )	科)
保険情報等	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 妊婦				
患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定: 月 日) <input type="checkbox"/> 一人歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャー必要 <input type="checkbox"/> その他				
連絡事項	<input type="checkbox"/> 予約日の希望 あり ( / , / ) <input type="checkbox"/> 曜日の希望 あり ( 曜日) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日など ( ) <input type="checkbox"/> その他要望等 <input type="checkbox"/> 特になし				
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・CD-R ・検査記録等 ・フィルム ・プレート <input type="checkbox"/> 事前郵送可能 <input type="checkbox"/> 当日持参 <input type="checkbox"/> 受診後要返却:				
Dr.toDr.で既に連絡・予約済みの場合	北大病院	診療科の	先生	に連絡済み	予約日時 月 日 ( ) 時 分

※ 2枚目【2/2】に続く



【医科外来】  
診療科・専門分野に○を付けてください。希望曜日がある場合は、○で囲ってください。

担当診療科名	○欄	専門分野	初診日	担当診療科名	○欄	専門分野	初診日
内科Ⅰ		呼吸器	月・火・水・木・金	産科		産科	火・金
		循環代謝	月・木	婦人科		一般・腫瘍	月・水
		肺高血圧	金			不妊・内分泌	木
内科Ⅱ		膠原病	月・火・水・木・金	耳鼻咽喉科		耳鼻咽喉科一般	月・水・金
		腎臓				頭頸部悪性腫瘍 (甲状腺腫瘍・リンパ腫を除く)	火
		糖尿病・内分泌	火・水・金			前庭	月
消化器内科		肝臓	月・火・水・金			鼻	水
		胆膵	月・火・水・金			音声	水
		化学療法	月・火・水・木・金			耳科手術・小児難聴	金
		IBD	火・水・木・金		皮膚科		皮膚科
		消化管・内視鏡	月・火・水・木・金			皮膚外科	木
循環器内科		循環器	月・火・水・木・金	泌尿器科		泌尿器科	火・木・金
血液内科		血液	月・火・水・木・金	麻酔科		ペイン、高血圧酸素	月・水・金
		HIV感染	月・火・水・木・金	小児科		循環器	火の午後
腫瘍内科		腫瘍内科	月・火・水・木・金			神経・代謝	月・水
		がん遺伝子診断	月・水・木			内分泌・糖尿病	火・水・金
神経内科		神経・筋	月・水・木・金			免疫	火
呼吸器外科		呼吸器外科	月・火・木			腎臓	木・金
乳腺外科		乳腺外科	月・火・水			血液	火・木・金
循環器外科		先天性心血管疾患	水			感染	火
		その他心血管疾患	月・金			遺伝	第1・3火曜
消化器外科Ⅰ		肝臓外科	月・水・金			アレルギー・アレルギー性疾患	金の午後
		大腸・肛門外科				発達支援	水・木・金
		小児外科	月・金	脳神経外科		血管	月・火・木・金
	消化器移植外科	月・水			脊髄	火・木	
消化器外科Ⅱ		食道・胃外科	火・木			腫瘍	月・火・木
		胆道・膵臓外科				その他脳神経外科疾患	月・火・木・金
整形外科		上肢	月・水・木・金	形成外科		形成外科	火・水・木
		下肢	月・水・金		頭の形	第1火曜	
		脊柱	月・水・金	眼科		眼科	月・水・金
		股関節	月・火・水・金	担当診療科名		○欄	診療日
		骨粗鬆症	月・水・金	放射線治療科			月・火・木
		小児股関節	月・水・金	放射線診断科(IVR)			火・水・金
		リウマチ	月・水・金	核医学診療科			水・金
		骨軟部腫瘍	水	精神科神経科		☒	☎011-706-5774に お問い合わせ願います
		転移性骨腫瘍	月	リハビリテーション科			☒
		側わん症	木				
		スポーツ外来	月・金				
		野球肘外来	不定期				

患者氏名： \_\_\_\_\_

歯科 外来 FAX用

# 北海道大学病院 初診予約申込書

北海道大学病院 医事課 初診予約担当 行 《 紹介元医療機関 》  
 FAX : 011-706-7963 (24時間受付) 医療機関名 :  
 TEL : 011-706-6037 住所 :  
 受付時間 : 平日 8:30~17:00 診療科・医師名 :  
 電話番号 :  
 FAX番号 :  
 ご担当者 :

## 【初診予約申込の流れと注意事項】

- ① 本紙に必要な事項を記入願います。
- ② 予約を希望する診療科・専門分野を記入願います。
- ③ 予約日時が確定し次第、「受診予約票」をFAX返信しますので患者さんにお渡しください。
- ④ 明日の予約は15:00までに申込みください。
- ⑤ 16:30以降のFAX受信は翌日受付となります。
- ⑥ 本紙と「診療情報提供書」を一緒にFAX送信願います。
- ⑦ 本紙と別に「診療情報提供書」をFAXする場合は、⑤のFAX受信後、受診日の2日前（祝休日を除く・一部の診療科を除く）までに、患者氏名及び「受診予約票」に記載されたIDを記入の上、送信願います。
- ⑧ 再診予約及び入院を要する患者さんにつきましては、直接該当診療科にお問い合わせください。

## 【患者情報欄】

フリガナ		性別	住所	〒	—
氏名		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日生 ( 才 )
電話番号	自宅 - - 携帯 - - その他 ( )		北大病院 の受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( )	科)
保険情報等	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 妊婦				
患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定: 月 日) <input type="checkbox"/> 一人歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャー必要 <input type="checkbox"/> その他				
連絡事項	<input type="checkbox"/> 予約日の希望 あり ( / , / ) <input type="checkbox"/> 曜日の希望 あり ( 曜日 ) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日など ( ) <input type="checkbox"/> その他要望等 <input type="checkbox"/> 特になし				
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・CD-R ・検査記録等 ・フィルム ・プリント <input type="checkbox"/> 事前郵送可能 <input type="checkbox"/> 当日持参 <input type="checkbox"/> 受診後要返却 :				

Dr.toDr.で既に連絡・予約済みの場合	北大病院	診療科の	先生	に連絡済み	予約日時	月 日 ( ) 時 分
-----------------------	------	------	----	-------	------	-------------

## 【予約を希望する診療科】

※口臭専門外来は、予約専用電話(011-706-7733)におかけください。

予約を希望する診療科に○を付けてください。

																			※
予防歯科	歯周・歯内療法	冠橋義歯補綴科	高齢者歯科	小児・障害者歯科	矯正歯科	歯冠修復科	義歯補綴科	口腔内科	口腔外科	歯科放射線科	歯科麻酔科	歯ぎしり専門外来	摂食・嚥下専門外来	審美歯科専門外来	顎関節治療部門外来	顎口腔機能治療部門外来	口腔インプラント治療部門外来	口臭専門外来	予約は専用電話で受付

当院記入欄

- ・ 患者番号
- ・ 予約日時
- ・ 担当医師
- ・ 場 所
- ・ その他