

医科 外来

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
FAX : 011-706-7963 (24時間受付)

《 紹介元医療機関 》
医療機関名 :
住所 :
診療科・医師名 :
電話番号 :
FAX番号 :
ご担当者名 :

TEL : 011-706-6037
受付時間 : 平日 8:30~17:00

【初診予約申込の流れと注意事項】

- ① 本紙に必要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 ⇒ <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	北海道大学病院 診療科の 先生 に連絡済み	予約日時 月 日 () 時 分
-----------------------	--------------------------	---------------------

【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	耳鼻咽喉科	/	耳鼻咽喉科一般	月・水・金	
		循環代謝	廃止			頭頸部悪性腫瘍(甲状腺腫瘍・リンパ腫を除く)	火	
		肺高血圧	火・金			前庭	月	
内科 II	/	膠原病	月・火・水・木			鼻	水	
		腎臓	月・火・水・木・金			音声	廃止	
		糖尿病・内分泌	月・火・水・木・金			耳科手術・小児難聴	金	
消化器内科	/	肝臓	月・火・金	皮膚科	/	皮膚科	月・火・水・金	
		胆膵	月・火・水・金	皮膚外科		木		
		化学療法	月・火・水・木・金	泌尿器科	泌尿器科	火・木・金		
		IBD	月・火・木・金	麻酔科	ペイン、高気圧酸素	月・水・金		
		消化管・内視鏡	月・火・木・金		小児科	循環器	火の午後	
循環器内科	/	循環器	月・火・水・木・金	神経・代謝		月・水		
		弁膜症	火	内分泌・糖尿病		火・水・金		
		不整脈	月・水・木	免疫		火		
		腫瘍循環器	金	腎臓		木・金		
血液内科	/	血液	月・火・水・木・金	感染		火		
		HIV感染	月・火・水・木・金	遺伝		第1・3火曜		
腫瘍内科	/	腫瘍内科	月・火・水・木・金	アレルギー・リウマチ性疾患		金の午後		
		がん遺伝子診断	月・火・水・木・金	発達支援		水・木・金		
脳神経内科	/	神経・筋	月・水・木・金	血液		火・金		
呼吸器外科	/	呼吸器外科	月・火・木	脳神経外科	/	血管	月・火・水・木・金	
乳腺外科	/	乳腺外科	月・水			脊髄	火・金	
循環器外科	/	後天性心血管疾患	月・金			腫瘍	月・火・木	
		先天性心血管疾患	水			その他脳神経外科疾患	月・火・水・木・金	
消化器外科 I	/	肝臓外科	月・水・金	形成外科	/	形成外科	火・水・木	
		大腸・肛門外科				頭の形	第1火曜	
		小児外科	月・金	眼科	/	網膜・黄斑疾患	月・木	
		消化器移植外科	月・水			ぶどう膜炎	月・火	
消化器外科 II	/	食道・胃外科	火・木			眼アレルギー疾患	月	
		胆道・膵臓外科				斜視・弱視(小児)	火	
整形外科	/	上肢	月・水・木・金			緑内障	水・金	
		下肢	月・火・水・金			角膜疾患・ドライアイ	水・金	
		脊柱	月・水・金			眼形成疾患	木	
		股関節	月・火・水・金			涙道疾患	第2木曜	
		骨粗鬆症	月・火・水			神経眼科疾患	水・金	
		小児股関節	月・火・水・金			眼腫瘍	月/金(偶数週)	
		リウマチ	月・火・水	その他眼疾患	月・火・水・木・金			
		骨軟部腫瘍	水	放射線治療科	/	乳腺	月・火・木	
		女性アスリート外来	火			肝胆膵	木	
		転移性骨腫瘍	月			泌尿器	月・火	
		側わん症	木			その他一般	月・火・木	
		スポーツ外来	月・火・水・木・金	担当診療科名	○欄	診療日		
		産科	/	産科	火・金	放射線診断科(IVR)		火・水・金
				野球肘外来	月・木・金	核医学診療科		水・金
婦人科	/	一般・腫瘍	月・水	精神科神経科	×	☎011-706-5774に お問い合わせ願います		
		不妊・内分泌	木	リハビリテーション科	×	☎011-706-7010に お問い合わせ願います		
		リンパ浮腫外来	水					

患者氏名: _____