

医科 外来

年 月 日

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)

TEL : 011-706-6037
受付時間：平日 8:30~17:00

《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 :

【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」と一緒に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 氏名		性別	住 所 生年月日	〒 —					
		男・女		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)					
	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 妊婦 <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 <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								
連絡事項									

資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : CD-R・検査記録等 <input type="checkbox"/> 有 : フィルム・プレパラート ⇒ <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 先生 に連絡済み	診療科の 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	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			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	小児科		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			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	眼科		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			乳腺	月・火・木	
		女性アスリート外来	火	放射線治療科		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	
		野球肘外来	月・木・金			診療日		
産科		産科	火・金	放射線診断科(IVR)		火・水・金		
婦人科		一般・腫瘍	月・水			水・金		
		不妊・内分泌	木			精神科神経科	☎011-706-5774に お問い合わせ願います	
		リンパ浮腫外来	水			リハビリテーション科	☎011-706-7010に お問い合わせ願います	

患者氏名: _____