

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数字をお伝えします

※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… (午前)「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。
(午後)「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ください場合：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"/> 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"/> その他消化管疾患	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(一般) <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 腫瘍循環器 <input type="checkbox"/> 不整脈	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	脳神経内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科
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 <input type="checkbox"/> 女性アスリート	呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科
		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
婦人科	<input type="checkbox"/> 婦人科一般疾患(月・水) <input type="checkbox"/> 不妊(木) <input type="checkbox"/> リンパ浮腫	消化器外科 II	<input type="checkbox"/> 胆膵 <input type="checkbox"/> 上部消化管(食道・胃)
眼科	<input type="checkbox"/> 網膜・黄斑 <input type="checkbox"/> ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 眼アレルギー疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 斜視・弱視(小児) <input type="checkbox"/> 角膜炎 <input type="checkbox"/> ドライアイ <input type="checkbox"/> 眼形成疾患 <input type="checkbox"/> 涙道疾患 <input type="checkbox"/> 神経眼科疾患 <input type="checkbox"/> 眼腫瘍 <input type="checkbox"/> その他眼疾患	循環器外科	<input type="checkbox"/> 先天性循環器外科 <input type="checkbox"/> その他後天性心・血管疾患
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"/> アレルギー・リウマチ性疾患 <input type="checkbox"/> 発達支援	産科	<input type="checkbox"/> 産科
		乳腺外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科
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"/> 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)	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。