

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 :

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。
- 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・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	診療科の	予約日時
		先生 に連絡済み	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	歯周病科	歯科	クラウン・ブリッジ	高齢者歯科	小児・障がい者歯科	矯正歯科	むし歯科	義歯科	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 :