

札幌医科大学附属病院 医療連携福祉センター 行

予約受付 FAX番号 011-621-2233
電話番号 011-611-2111
時間 9:00～12:00、13:00～16:00

産科周産期科新患外来診療予約申込書

◎FAX受付後、3診療日後に「予約票」をFAXにて送信いたします。

◎下記の太枠の中をご記入の上、上記のFAX番号あてに送信してください。

◎資料等は患者さんにお渡しいただき、原則当日持参をお願いします。

札幌医大 使用欄	予約番号
	ID番号

申込日 年 月 日 (必要に応じ別紙に記載し、併せてFAX送信して下さい。ただし、8枚以上送信する場合は、あらかじめ電話にて連絡して下さい。)

貴医療機関について	医療機関名・住所	電話番号					
		FAX番号					
	診療科・医師氏名						
	紹介事務担当者等	(部署)	(氏名) ※必ずご記入願います。				
患者さんについて	ふりがな 患者氏名	(男・女)	生年月日	明・大 昭・平・令	年	月	日
	旧姓 () 住所 〒						
	電話番号						
	自宅以外の連絡先電話番号 (携帯・勤務先等)						
	患者の状況	1. 帰宅済み(紹介元医療機関から連絡) 2. 紹介元医療機関に入院中					
	(里帰り出産の方など) 現在の住所: (方)						
診療情報記入欄	紹介目的			札幌医大病院の受診歴 有・無			
	傷病名			保険情報等 ☐ 生保 ☐ 交通事故 ☐ 労災			
	既往歴及び家族歴			薬物アレルギー (有・無)			
	症状経過及び検査結果・治療経過 ☐ 別紙診療情報提供書参照			現在の処方			
	【必ずご記入ください】						
	____週____日 (____/____現在) 出産予定日 年 月 日						
	妊娠出産回数 ____妊 (今回の妊娠を含む) ____産						
希望記入欄	受診希望医師の有無			希望医師名 (ご希望がある場合のみご記入ください)			
	有 無			※やむを得ず医師が交代することもありますので、ご了承ください。			
	受診希望日 (申込日より土日祝を除く3診療日以降でご希望ください／お急ぎの予約は直接DrtoDrでご相談ください) (第1希望) 月 日 (第2希望) 月 日 (第3希望) 月 日						
	☐ 受診希望日なし ☐ 曜日の希望あり (曜日) ☐ 都合の悪い日・曜日など ()						
※ 予約の変更等がある場合は、紹介元医療機関から産科外来にご連絡をお願いします。							

札幌医大使用欄	受付日	受診科	産科周産期科	予約日時	月	日	()	:
---------	-----	-----	--------	------	---	---	-----	---