**東札幌病院受診予約票**

**送信日　　令和　　　年　　月　　日**

**送信先**

**医療機関名：**

**所在地：**

**電話番号：**

**FAX番号：**

**医師氏名：**

**連絡担当者：**

東札幌病院　患者支援部　地域連携室

〒003-8585　札幌市白石区東札幌3条3丁目7-35

TEL：011-812-2311　内線1425

011-817-5120 (直通)

FAX：011-817-5130

**東札幌病院受診日のご予約下記のとおり承りました。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | 大正・昭和  平成・令和 | | 年　月　日　歳 |
| 患者氏名  (旧姓：　　) | 様 | 男・女 |
| 住所 |  | | | | | |
| 電話 | （　　　　） | | 東札幌病院  受診歴 | | 無・有（　　　　　　科） | |
| 携帯番号 | （　　　　） | | 来院時の状態 | | 歩行可・車イス・  ストレッチャー | |
| **受診診療科** | 一般内科・血液/腫瘍内科・緩和ケア科・消化器内科・循環器内科・  呼吸器内科・心療内科・放射線科・消化器外科・乳腺/甲状腺外科・整形外科・歯科/口腔外科・麻酔科・ | | | | | |
| **受診日時** | 令和　　　年　　月　　日　（月・火・水・木・金・土）  時間：　　　　　　　　　　　　　受診時間の1時間前にお越しください | | | | | |

* 初めて受診される方は受付にお越しいただき、保険証、紹介状、お薬手帳等をお出しください。
* 公的受給者証、限度額適用認定証などをお持ちの方は必ずご提示をお願いします。
* 問診表にご記入いただき、受付にお出し下さい。診察券を発行いたします。