

FAX 送信票診療予約（一般外来）申込票

送信日 令和 年 月 日

送信元

医療機関名：
所在地：
電話番号：
FAX 番号：
医師氏名：
連絡担当者：

【患者情報】 ※ 太枠内必須項目、全てご記入をお願いいたします。

フリガナ 氏名 (旧姓：)	様	性別 男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 歳
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		
傷病名(主訴) 紹介目的					
受診希望 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 麻酔科・				
受診希望日	第1希望	令和	年	月	日 (月・火・水・木・金)
	第2希望	令和	年	月	日 (月・火・水・木・金)
	第3希望	令和	年	月	日 (月・火・水・木・金)
当院受診時に貴院入院中ですか？ (はい・いいえ) 「はい」の場合 → 入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。 患者の状況 1、外来で返事を待っている 2、帰宅済み(紹介元医療機関から連絡)					

※口腔外科の予約は 011-555-3348 (直通) にお電話ください。