

【外 来 予 約 申 込 書】



独立行政法人国立病院機構

北海道がんセンター

〒003-0804
札幌市白石区菊水4条2丁目3-54

| | |
|----------------|---------------------------------------|
| FAX送信先 | 北海道がんセンター 地域医療連携室 011-811-9110 (直) |
| お問い合わせ 電話番号 | 011-811-9117 (直) [平日9:00~17:00] |

《予約の流れ》

- ①当院へ外来予約を申し込みされる場合はお手数ですが、《注意事項》をご確認の上お申し込みください。
- ②本紙に必要事項をご記入ください。
- ③本紙と診療情報提供書（貴院様式）を上記FAX番号へ送信してください。
- ④20分～30分後、当院より予約票をFAXにて返送します。予約票を患者さんにお渡しするか、その内容を患者さんへお伝えください。

| | | | | | | | | |
|--------------|-------|---|---|------|------|--|--|------|
| ご紹介元 医療機関 | 医療機関名 | | | | TEL | | | |
| | 住所 | 〒 | | | FAX | | | |
| | 診療科 | | | 医師氏名 | | | | |
| | 記載日 | 年 | 月 | 日 | 担当部署 | | | 担当者名 |

| | | | | | | | | | | | | |
|------|-------|--|--|------|---------------------------|------|------------------|---|---|---|---|--|
| 患者情報 | フリガナ | | | | 男・女 | 生年月日 | 大 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 歳 | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | (自宅) | | | | | (携帯電話) | | | | | |
| | 当院受診歴 | 無・有 (ID:) | | 保険情報 | 国保・協会けんぽ・生保・難病・労災・その他 () | | | | | | | |
| | ADL | <input type="checkbox"/> 独歩可能 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャー使用 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | |
| | 現在 | <input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定日: 年 月 日) | | | | | | | | | | |
| | 受診希望日 | <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 最短予約日 <input type="checkbox"/> その他希望 () | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|-------|-------|-------|--------|-------|-------|------|--------|-----|------|-----|----|-------|--------|--------|-------|--------|------|----|--------|
| ご依頼内容 | <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> がん遺伝子外来 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 予約希望 診療科 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | | 血液内科 | 呼吸器内科 | 循環器内科 | 消化器内科 | 緩和ケア内科 | 消化器外科 | 呼吸器外科 | 乳癌外科 | 骨軟部腫瘍科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | 婦人科 | 眼科 | 頭頸部外科 | 放射線治療科 | 放射線診断科 | 脳神経外科 | 心臓血管外科 | 形成外科 | 歯科 | 口腔腫瘍外科 |
| | Dr. to Dr.で連絡済みの場合 | 北海道がんセンター 科 Dr.へ連絡済み (予約日時が決まっている場合) 月 日 時 分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 資料の有無 (必ず記載) | <input type="checkbox"/> CD-R※事前郵送をお願いします。 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> プレパレート <input type="checkbox"/> 読影・病理レポート <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |