

【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	□独歩可能	□車いす使用	□ストレッチャー使用	□その他 ()			
	現在	□外来で待っている	□帰宅済み	□入院中 (退院予定日 : 年　月　日)				
	受診希望日	□いつでも良い	□最短予約日	□その他希望 ()				

ご依頼内容	□診察	□検査	□セカンドオピニオン	□がん遺伝子外来	□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
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	乳腺外科	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	歯科口腔外科	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 (予約日時が決まっている場合)　科　月　日　時　分																				
資料の有無 (必ず記載)	□CD-R※事前郵送をお願いします。 □フィルム □プレパラート □読影・病理レポート □無																				
備考																					