

【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9:00~16:30]

《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（診療情報提供書に記載のある箇所の記入は不要です）。
- 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。
- ⑤16:30以降のお申込みは翌日対応となります。

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 血 液 内 科	2 呼 吸 器 内 科	3 循 環 器 内 科	4 消 化 器 内 科	5 消 化 器 外 科	6 呼 吸 器 外 科	7 乳 腺 外 科	8 骨 軟 部 腫 瘍 科	9 皮 膚 科	10 泌 尿 器 科	11 婦 人 科	12 頭 頸 部 外 科	13 放 射 線 治 療 科	14 放 射 線 診 断 科	15 形 成 外 科	16 歯 科 口 腔 外 科	17 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									
	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																					

【北海道がんセンター 外来予約申込について】

※当院に外来予約される場合、お手数ですが以下の《注意事項》をご一読ください。

※【外来予約申込書】にご記入の上、当院地域医療連携室宛にFAXにて送信ください。

《注意事項》

○緊急性のある診療のご依頼は当院代表番号（011-811-9111）へご連絡いただき、Dr. to Dr.でご相談ください。

○画像資料（CD-R）は受診当日持参ではなく、**事前郵送**をお願いします。遅くとも予約日の**3日前（平日のみ数えて）**まで必着で当院**地域医療連携室宛**にご郵送ください。
画像資料（CD-R）到着日をふまえての予約となります。

○画像資料（CD-R）がない場合、診療情報提供書原本やその他資料（プレパレート、X線フィルム等）は、受診日当日持参いただくよう患者さんへお渡しください。

○セカンドオピニオンの予約日調整には、数日時間をいただくことがあります。

○FAXは24時間お受けしていますが、予約票返送は平日9：00～17：00となります。

○PET-CT、MRI、CT検査のご依頼は、本紙ではなく専用の申込書をご使用いただき、お申し込みください。