

診療予約申込書

※エクセルで入力する場合、二重線のBOXは手入力してください。その他はチェックボックスかプルダウンで選択可能です。

小樽市立病院
患者支援センター 宛〒047-8550
小樽市若松1丁目1番1号
電話 0134-25-1211(代表)
電話 0134-25-1605(直通)
FAX 0134-25-1600(専用)

紹介医療機関

名称	
住所	
電話	
FAX	
診療科	
医師名	

フリガナ		性別	生年月日																						
患者氏名		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	年 月 日			才																		
		男 女	明 大 昭 平 令																						
住所	〒	電話番号																							
診療科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	※精神科は予約をお取りしていません。	耳鼻咽喉科	小児科	整形外科	外科	脳神経外科	脳神経(しびれ)	脳神経内科	心臓血管外科	泌尿器科	婦人科	糖尿病内科	腎臓内科	リウマチ科	血液内科	内分泌内科	消化器内科	腫瘍内科	呼吸器内科	循環器内科	形成外科	皮膚科	眼科	麻酔科(ペイン)	放射線治療科
希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望日		令和	年	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後																
	<input type="checkbox"/> 第2希望日		令和	年	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後																
	<input type="checkbox"/> いつでも良い		<input type="checkbox"/> その他																						
希望医師名												<input type="checkbox"/> 特になし													
患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来でお待ちです		<input type="checkbox"/> 帰宅済み			<input type="checkbox"/> 入院中																			
患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可		<input type="checkbox"/> 車椅子			<input type="checkbox"/> ストレッチャー																			
	感染症 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 /			<input type="checkbox"/> HBS抗原		<input type="checkbox"/> HCV		<input type="checkbox"/> W氏		<input type="checkbox"/> MRSA		<input type="checkbox"/> 結核											
1.紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査・診断		<input type="checkbox"/> 治療			<input type="checkbox"/> その他																			
2.主訴・傷病名																									
3.既往歴																									
4.症状経過・治療経過・現在の処方等																								<input type="checkbox"/> 別紙参照	

※診療情報提供書(紹介状原本)・検査資料は、診察・検査当日に患者さんに持参させるようお願いします。

保険情報 ※下記の情報は保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。

被保険者	保険者番号		<input type="checkbox"/> 1.本人	<input type="checkbox"/> 2.家族	
	記号・番号				
公費負担	負担者番号		<input type="checkbox"/> 特疾	<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 乳幼児
	受給者番号		<input type="checkbox"/> 障害	<input type="checkbox"/> その他	

※遺伝相談外来は第2月曜日と第4水曜日となります。