## 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	完
患者支援セン	
〒047-8550	住所 雷云
小樽市若松1丁 電話 0134-25-	目1番1号 1211(代表)
電話 0134-25-	1605(直通) 診療科 診療科
FAX 0134-25-	1600(専用) 医師名
フリガナ	生年月日 生別   生別   生年月日
患者氏名	□□□□□□□□□ 年 月 日 才
	電話番号
住所	
<u> </u>	
	耳   小   整   外   脳   脳   脳   心   泌   婦   糖   腎   リ   血   内   消   腫   呼   循   形   皮   眼   麻   放   遺
診療科	
	鼻 児 形 神 神 神 臓 尿 人 尿 臓 ウ 液 分 化 瘍 吸 環 成 膚 酔 射 伝 咽 科 外 科 経 経 経 血 器 科 病 内 マ 内 泌 器 内 器 器 外 科 科 科 線 相 喉 科 外 へ 内 管 科 内 科 チ 科 内 内 科 内 内 科 日 ペ 療 外 科 日 ペ 療 外 科 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日
※精神科は予約を お取りしていません。	喉
	<u> </u>
҂∺⊓	第1希望日 令和 年 月 日 曜日 日 午前 日 午後
希望日	□ 第2希望日     令和     年     月     日     曜日 □ 午前 □ 午後
×地层红力	□ いつでも良い □ その他 □
希望医師名	□ 特になし
患者の状況	□ 外来でお待ちです □ 帰宅済み □ 入院中
患者の状態	□ 歩行可 □ 車椅子 □ ストレッチャー 感染症 □ 無 □ 有 / □ HBS抗原 □ HCV □ ワ氏 □ MRSA □ 結核
	感染症 □ 無 □ 有 / □ HBS抗原 □ HCV □ ワ氏 □ MRSA □ 結核 □ 検査・診断 □ 治療 □ その他   □
2.主訴・傷病名	
3.既往歴	
	[
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。
┃ ホォィ៸៲៶ਨ。ュ、 ┃保隙	\$者番号   □   -   -   -   -   -   -   -   -   -
	万'俄万
公費負担	日者番号  特疾 生保 1 乳幼児   合者番号  障害 その他