

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											☐	☐	☐	☐	☐	☐	年 月 日					才								
											男	女	明	大	昭	平							令							
住所	〒									電話番号																				
診療科	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐							
	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	内分泌内科	腎臓内科	リウマチ科	血液内科	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	遺伝相談外来※					
希望日	☐ 第1希望日										令和		年	月	日	☐ 曜日		☐ 午前	☐ 午後											
	☐ 第2希望日										令和		年	月	日	☐ 曜日		☐ 午前	☐ 午後											
	☐ 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									
1.紹介目的	☐ 検査・診断										☐ 治療										☐ 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	☐ 別紙参照																													

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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											☐ 1.本人										☐ 2.家族			
	記号・番号																								
公費負担	負担者番号											☐ 特疾 ☐ 生保 ☐ 乳幼児													
	受給者番号											☐ 障害 ☐ その他													

※遺伝相談外来は第4水曜日となります。