令和　　年　　月　　日

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		□ 男　□ 女	□ 明　□ 大　□ 昭　□ 平　□ 令　年　月　日　□ 才
住所	〒		電話番号

診療科 ※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・内分泌	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※	総合診療外来

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。