

## 北海道中央労災病院 初診予約申込書

北海道労災病院地域医療連携室 行

《紹介元医療機関》

TEL : 0126-22-1300

FAX : 0126-22-7771

受付時間 : 平日 8 : 30 ~ 16 : 00

医療機関名 :

住所 :

医師名 :

電話番号 :

FAX 番号 :

## 【初診予約申込の流れと注意事項】

- ① 本紙に必要事項を記入願います。
- ② 予約不可能な日があれば2週間以内の日を記入してください。
- ③ 予約日時が確定し次第、『受診予約受付票』をFAX返信しますので患者さんにお渡しください。
- ④ 16:00以降のFAX受診は、翌日受付となります。
- ⑤ 本紙と、診療情報提供書、お薬手帳コピーを一緒にFAX送信願います。
- ⑥ ご依頼内容や患者さんの状態によっては、他の医療機関をご案内させていただく場合があります。

## 【患者情報欄】

ふりがな 氏 名		性別	男・女
住 所	〒	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日
電話番号	自宅 携帯	労 災 受 診 歴	あり ・ なし
予約日の希望	<input type="checkbox"/> 希望日 ( / / ) <input type="checkbox"/> 都合悪い日、曜日など ( )	患 者 の 状 況	① 医院で待っている。 ② 帰宅済み ③ その他 ( )

労災病院使用欄	受付日	予約日時	月 日 ( ) :
---------	-----	------	-----------