

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

医療機関名：

TEL：0126-22-1300

住所：

FAX：0126-22-7771

医師名：

受付時間：平日 8：30～16：00

TEL：

FAX：

【初診予約申込の流れと注意事項】

- ① 本紙に必要事項の記入をお願い致します。
- ② 予約に際し、都合が悪い日にち・曜日・時間帯等を記入してください。（複数可）
- ③ 本紙・診療情報提供書・お薬手帳のコピーをFAXにて送信して下さい。
- ④ 予約日時が確定し次第、地域連携室より受診予約票をFAXにて返信致します。
患者さんに、受診予約票【患者さま用】をお渡しください。
- ⑤ 16：00以降のFAX受診は、翌日の受付となります。
- ⑥ 緊急処置・手術により、患者さんの希望日に添えない可能性があります。その際は日程の調整をお願い致します。
- ⑦ 緊急性が高い患者さんにつきましては、歯科口腔外科へ直接お電話にてご相談をお願い致します。（医師へ確認し、早急にお返事を致します。）
- ⑧ 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。

ご協力の程、宜しくお願い致します。

【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	都合の悪い日・曜日・時間帯	患者さんの 状 況	① 医院で待っている。 ② 帰宅済み

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