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　　　　　　　　 　医療機関名：

受付時間：平日8：30～16：00　　　　　 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 | □希望日（　　/　　、　　/　　）  □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（　　）　　： |