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：

住所：

医師名：

TEL：

FAX：

TEL：0126-22-1300

FAX：0126-22-7771

受付時間：平日8：30～16：00

【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。

1. 16：00以降のFAX受診は、翌日の受付となります。
2. 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。
3. 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。）

1. 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（　　）　　： |