平成　　年　　月　　日

医科・予約申込書・診療情報提供書

北海道大学病院　地域医療連携福祉センター行
〒060-8648　札幌市北区北14条西5丁目
電話　(011) 706－6037（直通）
FAX　(011) 706－7963（直通）

貴医療機関名:
住　所　:
医師氏名　:　　診療科:
電話番号　:
FAX番号　:

科　　先生

すでに北大眼科へ連絡済みで＿＿月＿＿日＿＿時＿＿＿＿＿＿＿＿先生診察予定です。

希望される診療科名に○をつけて下さい。

○印																	○										
診療科	第一内科	第二内科	第三内科	循環器科（循環器内科）	血液内科1	腫瘍内科	第一外科	第二外科	心臓血管外科（循環器外科）	整形外科	泌尿器科	麻酔科	形成外科	スポーツ医学診療科	小児外科	神経内科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	精神科神経科	神経外科	リハビリテーション科	産科	婦人科	小児科	放射線科	核医学診療科

患者					
	フリガナ		性　別	住所	〒
	氏名		男・女		
				電話番号	(　　)　　－
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日　(　　才)		当院の受診歴	□ 有　□ 無

傷病名	
紹介目的	□ 検査及び診断　□ 治療　□ その他（　　） 検査希望（□心エコー、□ホルター心電図、□運動負荷心電図、□甲状腺エコー） ▶検査同日に診療科受診が必要になります。
既往歴及び家族暦	
症状経過 検査結果 治療経過 現在の処方	**北大眼科ホットライン** ・ 診療情報提供書は後ほどFAXするか本人持参 ・ 患者保険情報を下記へ記載または添付 ・ 予約票は持参の必要はありません。患者さんは⑧番窓口へ ・ 即日入院の場合○を記入　□ 即入
感染症	HBV　(＋・－・未検査)　HCV (＋・－・未検査)　梅毒 (＋・－・未検査)　CJD (＋・－・未検査) MRSA (＋・－・未検査)　HIV (＋・－・未検査)　HTLV－1 (＋・－・未検査) 結核菌 (＋・－・未検査)　排菌：□ 有　□ 無
歩行状態	□ 歩行可　□ 車いす　□ ストレッチャー

●保険者証・公費負担受給者証原本のコピーを送信お願い致します。　コピーの送信ができない場合には、以下に記載してください。

被保険者	□ 本人 ・ □ 家族	保険者番号	記号・番号
老人医療	□ 1割 ・ □ 2割	市町村番号	記号・番号
公費負担	□ 特疾　□ 生保　□ 乳幼児 □ 障害　□ その他（　　）	負担者番号	受給者番号
公費負担	□ 特疾　□ 生保　□ 乳幼児 □ 障害　□ その他（　　）	負担者番号	受給者番号