

放射線治療科 初診予約票

社会医療法人恵佑会札幌病院 地域連携室 行
FAX:011-863-5666
電話:011-863-8800

紹介元医療機関

病院名:

診療科・担当医:

電話番号:

FAX 番号:

御担当者:

1. 患者さんの情報

フリガナ

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

〒

住所

2. 診察希望日

診察を希望する日をご記入ください。

第1希望: 月 日() 第2希望: 月 日()

第3希望: 月 日() ※希望通りの日程にならないこともあります。ご了承ください。

都合の悪い日

月 日() ・ 月 日() ・ 月 日() ・ ☐ 特になし

備考(時間などご要望がありましたら記入をお願いいたします。)

初診予約申込の流れ

- ① 本紙に必要事項を記入願います。
- ② 本紙と「診療情報提供書」を一緒に FAX 送信を願います。
- ③ FAX 受診後、日程調整ができましたら「診療予約確認票」を FAX にて送信いたします。
- ④ 受診日前日までに「診療情報提供書」原本、CD-R を地域連携室まで送付願います。

※担当医師に確認後の調整になり時間を要しますので、患者様にはご帰宅願います。

当日・翌日などお急ぎの場合は直接お電話でご連絡をお願いいたします。