

# 小児科:専門外来 診療予約申込書

年 月 日



## 天使病院

地域医療連携室 宛

〒065-8611

札幌市東区北12条東3丁目1-1

FAX (011) 711-1049

TEL (011) 711-1042

紹介元 医療機関	
医師名	
TEL	
FAX	
ご担当者名	

### 【小児科：専門外来の予約申し込み手順】

フォローアップ外来、遺伝・染色体異常外来、心臓外来については、医療機関からの予約が必要です。

①本紙に必要な事項をご記入の上、診療情報提供書を添付し、地域医療連携室へFAXしてください。

②担当医に確認の上、予約を取得します。予約が完了しだい予約票を送付いたします。

※お急ぎの場合は、事前に地域医療連携室までご連絡ください。

\*内分泌外来については、患者さん（ご家族）からの予約が可能です。

・Web予約：当院ホームページ「紹介状をお持ちの方へ」の連絡フォームより、お申し込みください。

予約の詳細については、小児科外来看護師より患者さんにご連絡させていただきます。

・医療機関からの予約の場合は、本紙に診療情報提供書を添付し、地域医療連携室へFAXしてください。

フリガナ		性別	住所	〒
氏名		男・女		
生年月日	大・昭 平・令	年 月 日生 ( )才	電話番号	自宅 ( ) -
天使病院の 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			携帯 ( ) -

Dr to Drで 連絡済み	先生 に連絡済み	備考	
-------------------	----------	----	--

ご希望の専門外来にチェックし、必要事項をご記載ください。

<input type="checkbox"/> フォローアップ外来 <input type="checkbox"/> 遺伝・染色体異常外来 <input type="checkbox"/> 心臓外来 <input type="checkbox"/> 神経外来	
予約の希望	<input type="checkbox"/> 予約日の希望( ) <input type="checkbox"/> 曜日の希望( ) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日( ) <input type="checkbox"/> その他( )

予防接種、シナジスを希望される場合は、必要事項をご記載ください。

予防接種 の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 最終予防接種歴:( 月 日 / 予防接種の種類: )
シナジスの 希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 最終シナジス歴:( 月 日 / 回目 )