

札幌大 使用欄	予約番号
	ID番号

## 札幌医科大学脳機能センター予約申込書

※下記の太枠の中をご記入の上、左上の番号あてに送信ください。

申込日 年 月 日		(必要に応じ別紙に記載し、併せてFAX送信して下さい。)	
貴医療機関について	医療機関名	電話番号	
	住所	FAX番号	
	診療科・医師氏名		
	紹介事務担当者等	※担当者様の部署・氏名をご記入願います。	
患者さんについて	ふりがな	様 (男・女)	生年月日 明・大 昭・平・令 年 月 日
	患者氏名		
	住所		
	電話番号	(自宅連絡 可 ・ 不可)	
	自宅以外の連絡先電話番号 (携帯・勤務先等)		
	FAX番号	職業	
患者の状況及び予約日時 の連絡方法 (番号を○で囲む)	1. 現在外来で返事を待っている 2. 帰宅済み。紹介元医療機関から連絡 3. 紹介元医療機関に入院中 4. その他 ( )		
診療情報記入欄	紹介目的	札幌医大病院の受診歴 有 ・ 無	
	傷病名	貴院での通院・入院の別 通院中 ・ 入院中	
	既往歴及び家族歴	薬物アレルギー (有 ・ 無)	
	症状経過及び検査結果・治療経過	現在の処方	
	備考 (患者さんに関する留意事項)	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー : 介助者 ( )	
希望記入欄	受診希望日 (申込当日の受診は予約できません。 / 予約状況によってはご希望に沿えぬ場合があります。)		
	(第1希望) 月 日	(第2希望) 月 日	(第3希望) 月 日
札幌大使用欄	受付日	受診科	予約日時 月 日 ( ) :