

# 予約申込書

医療法人 春林会 華岡青洲記念病院  
地域連携室 行  
〒062-0003 札幌市豊平区美園3条5丁目3-1  
電話 011-350-5850(直通)  
FAX 011-350-5353(直通)

依頼医療機関名:  
住所:  
電話番号: FAX番号:  
医師名: 診療科:

目的にチェック  を入れて下さい

入院予約

外来予約

申込日: 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
紹介患者氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日( 歳)
住 所			
電 話 番 号		携帯電話番号	

病 名

## 外 来

患者様への予約日時連絡方法(番号を○で囲む)	1, 電話にて予約済(医療機関へFAXで予約票を返信) 2, 後日、華岡青洲記念心臓血管クリニックから患者様へ連絡 3, 後日、依頼元医療機関から患者様へ連絡 4, その他( )
受診希望日(※日曜・祝日の受診は予約できません。予約状況によっては希望に添えない場合があります。) (第1希望) 月 日 (第2希望) 月 日 (第3希望) 月 日	
希望医師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 医師)
【予約希望検査】 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 造影 [冠動脈・大動脈・下肢] その他( ) <input type="checkbox"/> 単純( ) <input type="checkbox"/> エコー (心臓・頸動脈・下肢(動脈・静脈) その他部位( ) <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン ( ) <input type="checkbox"/> その他 検査( )	
特記事項等 検査データがありましたら 血清クレアチニン値 mg ←3ヶ月以内の検査結果を記載してください eGFR 値 ml/min	

## 入 院

入院(転院)希望日	入院加療目的
月 日	
入院時間	
<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	

症状経過等

※貴院様式の【診療情報提供書】を添付