

札医大 使用欄	受付番号
------------	------

スポーツ医学センター診療申込書

※下記の太枠の中をご記入の上、郵送もしくはFAX送信ください。日程等調整後、ご回答いたします。
 (医師の調整のため、ご回答に時間がかかることがありますのでご了承ください。)

申込日 年 月 日 (必要に応じ別紙に記載し、併せて郵送または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	※担当者の部署・氏名をご記入願います。			
患者さま(選手)について	ふりがな	(男・女)	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
	氏名				
	住所				
	電話番号				
	自宅以外の連絡先電話番号(携帯・勤務先等)				
	競技種目	所属連盟等団体・学校 名称： (該当にチェック) <input type="checkbox"/> 強化指定選手 <input type="checkbox"/> 過去に強化指定選手 <input type="checkbox"/> ジュニア選手 <input type="checkbox"/> 学校運動部選手			
診療日の連絡方法	札医大からの診療日決定の連絡(郵送又はFAX)を受け、貴医療機関から患者さまに連絡				
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 有・無			
	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(患者さまに関する留意事項)				
希望記入欄	受診希望日(申込当日の受診はできません。/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				
	特記事項(受診が出来ない日付や曜日、時間帯などありましたら、ご記入ください。)				

札医大使用欄	受付日	受診科	診療日	月 日 () :
--------	-----	-----	-----	-----------