

来 院 連 絡 票

名 前		男 ・ 女	歳
住 所	札幌市..... 区 / 市 ・ 町 ・ 村		
	FAX 番号		
来 院 日	令和 年 月 日 () 時 分		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ※あてはまるところに○をしてください </div>			
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">教えてください</p> <p>① 他の病院からの紹介状は ありますか？</p> <p style="text-align: center; margin: 5px 0;">あり なし</p> <p>② 健康診断等の結果はありますか？</p> <p style="text-align: center; margin: 5px 0;">あり なし</p> </div>		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">お 願 い</p> <p>診療科によっては、休診日もあります。 詳しくはお問い合わせください。</p> </div>		
	<p>市立札幌病院 手話通訳者</p> <p>〒060-8604 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目</p> <p>FAX 011-726-9508</p>		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ※紹介状と予約が必要 </div>		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 備考 </div>		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 診察 </div>		
	初診	再診	予約
内 科			
外科・乳腺外科			
歯 科			
心臓血管外科			
整 形 外 科			
産 婦 人 科			
精 神 科			
形 成 外 科			
皮 膚 科			
泌 尿 器 科			
小 児 科			
眼 科			
耳 鼻 咽 喉 科			
放射線治療科			
脳神経外科			
脳神経内科			
呼吸器外科			