

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				
※あてはまるところに○をしてください					
	初めて 受診する	前も受診し たことがある	予約 している		
内 科					
外科・乳腺外科					
整 形 外 科					
眼 科					
耳 鼻 咽 喉 科					
泌 尿 器 科					
産 婦 人 科					
小 児 科					
皮 膚 科					
形 成 外 科					
脳 神 経 内 科					
歯科口腔外科					
脳 神 経 外 科					
心臓血管外科					
呼 吸 器 外 科					
放射線治療科					
そ の 他	() どの診療科がいいのかわからない。 相談して受診科を決めたい。				

教えてください

① 他の病院からの紹介状は
 ありますか？

あり なし

② 健康診断等の結果はありますか？

あり なし

お 願 い

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。

市立札幌病院 手話通訳者

〒060-8604
 札幌市中央区北 11 条西 13 丁目
 FAX 011-726-9508