


受診 予約 申込書 (兼貴院様控)

直通FAX (0138)59-2306

FAX申込受付時間 平日9:00~16:00
土曜日9:00~12:00

 社会医療法人
函館渡辺病院 地域医療連携室
〒042-8678 函館市湯川町1丁目31-1号
直通電話 (0138)59-2357

医療機関名:	
医師名:	(.....科)
TEL:	(.....)
FAX:	(.....)

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 女	明・大・昭・平 年 月 日 歳
希望診療科	科	希望医師名	医師
第1希望日	令和 年 月 日 ()	午前・午後	} ※午前・午後 いずれかに○で 囲んで下さい。
第2希望日	令和 年 月 日 ()	午前・午後	
コメント欄: 受入準備の都合上、簡単に結構ですので患者様情報をご記入ください。			
受診当日の来院方法をお教えてください。			
・ 歩行 ・ 車イス ・ ストレッチャー ・ その他()			

※お手数ですが、外来担当医表で希望医師の担当曜日を事前に確認お願い致します。

患者住所	〒
	TEL(.....) -

保 険 情 報	
保険者番号	
記号	番号
被保険者氏名	続柄
有効期限	
年 月 日 ~ 年 月 日	

公 費 保 険 情 報	
公費受給者番号	公費負担者番号
有効期限	
年 月 日 ~ 年 月 日	
公費受給者番号	公費負担者番号
有効期限	
年 月 日 ~ 年 月 日	

- ◎こちらの受診予約申込書を送付されても、ご紹介状(診療情報提供書)は別に必要となります。
- ◎予約の日時が決まり次第、FAXにてお知らせいたします。(15分程度)
- ◎希望医師・希望診療日につきましてご希望に添えない場合は、こちらからご連絡いたします。
- ◎申込受付時間以外および休診日のお申し込みは、誠に勝手ながら翌日以降に返信させていただきます。