

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 函館博栄会

函館渡辺病院 患者サポートセンター

〒042-8678 函館市湯川町1丁目31番1号

直通電話 (0138) 59-2357

医療機関名	
担当者	
診療科	
医師名	
T E L	
F A X	

フリガナ		性別	生 年 月 日	
患者氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 歳	
希望診療科		希望医師	医師	
第1希望日	令和 年 月 日 () 午前・午後	}	※午前・午後 いずれかを○で 囲んで下さい。	
第2希望日	令和 年 月 日 () 午前・午後			
自立度	徒歩 ・ 車イス ・ ストレッチャー			
発熱・風邪症状の有無、施設内で流行性感染者が居る場合はその他にご記入下さい。				
・発熱（無・有 ℃）・風邪症状（無・有 ）・その他（ ）				
備考欄（救急車で来院される場合や、患者様がお待ちの場合は備考欄にご記入下さい。）				

※ 予約（受診）調整には、医師へ確認する必要があるため、お返事にはお時間を頂きます。

患者住所	〒 TEL () —
------	------------------------------

保 険 情 報	
保 険 者 番 号	割 合
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	

◎受診予約申込書と紹介状（診療情報提供書）を合わせてFAXをお願い致します。

◎予約の日時が決まり次第、FAXにてお知らせ致します。

◎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、こちらからご連絡致します。

◎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頂きます。