

受診（予約）・転院申込書（兼貴院様控）

直通FAX(0138)－59－2306

平成 年 月 日

〒042-8678
函館市湯川町1丁目31番1号

社会医療法人 函館渡辺病院
地域医療連携室 宛
代表TEL：(0138) 59-2221
直通TEL：(0138) 59-2357

医療機関名：
医師名・科：
TEL：
FAX：

紹介患者様事項

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所	電話番号	() -
当院受診歴	有 (年 月頃)	無 ・ 不明

希望内容 (転院申込の場合は転院が可能な期間も備考欄にご記入ください)

希望診療科	科	希望医師	医師	備考
第1希望日	平成 年 月 日 ()	午前 ・ 午後		
第2希望日	平成 年 月 日 ()	午前 ・ 午後		

コメント：受け入れ準備の都合上、簡単で結構ですので患者様情報をご記入ください。

--

受付当時の来院方法をお教えてください(例：徒歩、車イス等)。

--

事前にカルテ準備をいたしますので、ご面倒でも以下の事項にご記入をおねがいいたします。

保険者番号	(割)	公費受給者番号	公費負担番号
記号	番号	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
被保険者氏名	続柄	公費受給者番号	公費負担番号
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日

- ◎ 当システムは、ご紹介時の診察・転院のみを対象としております。
- ◎ こちらの受診（予約）・転院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。受診（予約）・転院申込書と同時にご紹介状のFAX送信をお願い致します。
- ◎ 予約日時が決まり次第、FAXにてお知らせいたします（15分程度）。
転院申込の場合は後日、判定会議後にTELにてお知らせいたします。
- ◎ 担当医師・診療日時・転院日につきましては、ご希望に添えない場合がございます。
そのような場合につきましては、折り返しご連絡いたします。
- ◎ 申込受付時間 平日9：00～16：00まで 土曜日9：00～正午まで。
上記時間帯以外、日曜日・祝祭日・年末年始・開院記念日（8月15）は、
お申込翌日以降に返信させていただきます。