共　通　受　診　申　込　書

はこだて地域連携実務者協議会

【参加医療機関】
50音順

○ 国立函館病院（国立）　○ 函館五稜郭病院（五病）
○ 市立函館病院（函病）　○ 函館市医師会病院（医師会）
○ 高橋病院（高橋）　○ 函館中央病院（中病）
○ ななえ新病院（ななえ）

① 自院の情報をお知らせください。			
医療機関名			
医師名	先生 （　　科） 担当者名 （　　）		
TEL		FAX	

② ご紹介いただく患者さんについてご記入ください。			
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 ・ 女	大･昭･平　　年　　月　　日
患者住所	〒 Tel　（　　）		
受診希望病院	病院 ※ 病院名は略称で構いません。	依頼区分	1. 外来診察依頼　2. 入院依頼
希望診療科	科	希望医師名 （必要時）	医師
受診希望日①	年　　月　　日（　曜日）	受診希望日②	年　　月　　日（　曜日）
症状または病名			
自立度	歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	患者さんの状況	通院中 ・ 入院中

＜備考＞ 特記事項等がございましたらご記入ください。

◎ 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･希望日時につきましてご希望に添えない場合は、折り返しこちらからご連絡致します。
◎ FAX受付は24時間随時行っておりますが、休診日と各病院受付時間以外のお申込みは、翌日以降に返送させていただきますので
ご了承ください。