

# 予約申込書

市立函館病院  
地域医療連携室 宛

〒 041-8680 函館市港町1丁目10番1号

直通FAX 0120-503620  
直通TEL 0120-506280

医療機関名

医師名 科

担当者名

TEL

FAX

フリガナ		生年月日	
患者氏名	様 男・女	明・大・昭・平	歳
患者住所	電話番号 ( ) -		
希望診療科	科	希望医師名	医師
希望日時	年 月 日 ( )	時頃・いつでも	希望形態 通院・入院
疑われる病名	自立度	歩行・車椅子・ストレッチャー	
現在の患者さんの状況	通院中・入院中	患者さんは今、お待ちですか？	はい・いいえ
病状			
<p>消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、形成外科、血液内科、乳腺外科、消化器外科、放射線治療科、泌尿器科を受診される患者さんの状況については、大変お手数ですが診療情報提供書と一緒にFAXして下さいますようお願い申し上げます。その他の科は出来次第FAXくださいますようお願いいたします。</p>			

- ◎希望医師、希望診察日時につきましては、ご希望に添えない場合、折り返しこちらから連絡致します。
- ◎FAX受付は24時間随時行っておりますが、休診日と下記時間以外のお申し込みは、翌日以降に予約票を送信いたしますので、ご了承下さい。
- ◎救急患者(救急車依頼)につきましては、病院代表電話(TEL0138-43-2000)へ連絡し、交換台に用件をお伝えください。

■平日 8:45~16:45

※ 来院前にカルテを準備いたしますので、保険情報等のご記入にご協力下さい。

保険者番号		【 重度・ひ親・乳幼児 】	
記号	番号	市町村番号	
被保険者氏名		受給者番号	
続柄		負担区分	初診時一部負担 ・ 1割
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
負担割 割			
3割 上位 経過			