

# 診療予約申込書

【紹介元医療機関】

〒070-8644

旭川市花咲町7丁目4048番  
**旭川医療センター 地域医療連携室 宛**  
 FAX 0166-51-3160  
 TEL 0166-51-3161 (代表)

住 所  
 名 称

TEL ( )  
 FAX ( )

【受付時間】

月曜日～金曜日(祝日、年末年始を除く)8時30分～17時  
 ※17時以降のFAXは翌日、土・日・祝祭日のFAXは直近の平日  
 対応となりますので、ご了承ください。  
 ※FAXによる当日の予約は行っておりませんので、ご了承ください。

主治医 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

【受診者】

フリガナ			性 別	
氏 名	様		男 ・ 女	
生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)			
住 所			連絡先	自宅: 携帯:
希 望 診 療 科	呼吸器内科・脳神経内科・消化器内科・循環器内科・小児科 外科・放射線科・泌尿器科(火曜のみ)・物忘れ外来(月曜のみ)		希望医師がいる場合 医師	
希望受診日時	① 年 月 日( )曜日 時 分	② 年 月 日( )曜日 時 分		
当院受診の有無	有 ( 年頃) 入院・外来		無	

## 診療情報提供書

傷病名	
既往歴・家族歴	
依頼目的・症状経過・検査結果等	

※別紙添付でもかまいません。

※保険情報 (患者様のカルテを事前に作ることで受付時間の短縮を図ります)

保険者番号									
記 号									
番 号									
続 柄	本人 ・ 家族								
労災 ・ 公務災害 ・ 自賠責 ・ その他									

公費負担者番号									
公費負担受給者番号									

公費負担者番号									
公費負担受給者番号									