

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 医事(FAX予約担当) 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									