

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・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 ・ 自賠償 ・ 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 | |