年　　月　　日

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
TEL　0166-51-3161（内6110）
FAX　0166-51-3160

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
※16時45分以降の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 外科・放射線科・泌尿器科・整形外科	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　・　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								

※様式ダウンロード　https://asahikawa.hosp.go.jp/profession/index07.html