

# 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

主治医名

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は翌日の対応となりますので、あらかじめご了承ください。  
※土・日・祝祭日のFAXは直近の平日対応となるますので、あらかじめご了承ください。  
※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。

【受診者】

フリガナ			性 別
患 者 様 氏 名	様		男 ・ 女
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日生	( 歳)
住 所			電 話 ( )
希 望 診 療 科	呼吸器科・循環器科・小児科・脳神経内科・消化器科・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	第二希望日もご記入ください 月 日( )曜日 時 分
当院受診の有無	以前に旭川医療センターで診療を受けたことがありましたら教えてください。		
	ある (昭和・平成 年頃)	入院・外来	なし

## 診療情報提供書

症 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。X線フィルム、検査結果、詳細な経過等を患者様に持参させていただければ幸いです	

※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	