

受診 予約 申込書 (兼貴院様控)

直通FAX (0138) 59-2306

FAX申込受付時間 平日 9:00~16:00

土曜日 9:00~12:00



社会医療法人 函館博栄会

函館渡辺病院 患者サポートセンター

〒042-8678 函館市湯川町1丁目31番1号

直通電話 (0138) 59-2357

医療機関名	
担当者	
診療科	
医師名	
T E L	
F A X	

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 歳	
希望診療科		希望医師	医師	
第1希望日	令和 年 月 日 ()	午前・午後	} ※午前・午後 いずれかを○で 囲んで下さい。	
第2希望日	令和 年 月 日 ()	午前・午後		
受入準備の都合上、簡単で結構ですので患者様情報をご記入下さい。(発熱・風邪症状の有無)				
・発熱(無・有 °C) ・咳などの風邪症状(無・有) ・その他()				
備考欄				
受診当日の来院方法				
・徒歩 ・車イス ・ストレッチャー ・その他()				

※ お手数ですが、外来担当医表で希望医師の担当曜日を事前に確認するようお願い致します。

患者住所	〒	TEL ()	—
------	---	---------	---

保険情報	
保険者番号	割合
記号	番号
被保険者氏名	続柄
有効期限	
年 月 日 ~ 年 月 日	

公費保険情報	
公費受給者番号	公費負担者番号
有効期限	
年 月 日 ~ 年 月 日	
公費受給者番号	公費負担者番号
有効期限	
年 月 日 ~ 年 月 日	

◎こちらの受診予約申込書を送付されましても、ご紹介状(診療情報提供書)は別に必要となります。

◎予約の日時が決まり次第、FAXにてお知らせいたします。

◎希望医師・希望診療日につきましてご希望に添えない場合は、こちらからご連絡いたします。

◎申込受付時間以外および休診日のお申し込みは、誠に勝手ながら翌日以降に返信させていただきます。