

# 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		
自立度	徒歩 ・ 車イス ・ ストレッチャー			
発熱・風邪症状の有無、施設内で流行性感染者が居る場合はその他にご記入下さい。				
・ 発熱 ( 無 ・ 有      °C ) ・ 風邪症状 ( 無 ・ 有      ) ・ その他 (      )				
備考欄 ( 救急車で来院される場合や、患者様がお待ちの場合は備考欄にご記入下さい。 )				

※ 予約 (受診) 調整には、医師へ確認する必要があるため、お返事にはお時間を頂きます。

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

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

公費保険情報		
公費受給者番号	公費負担者番号	有効期限
		~

交通事故	工作中 (通勤途中) の受傷	第三者 (動物含む) による受傷
無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有

◎受診予約申込書と紹介状 (診療情報提供書) を合わせてFAXをお願い致します。

◎予約の日時が決まり次第、FAXにてお知らせ致します。

◎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、こちらからご連絡致します。

◎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。