

【直通FAX 0138-59-6717】

年 月 日

## 受診（予約）申込書（兼貴院様控）

医療機関名	_____	
医師名	先生（	科）
TEL	（	）
FAX	（	）



社会医療法人 函館博栄会  
函館渡辺病院附属

### ゆのかわメンタルクリニック

〒042-8678 函館市湯川町1丁目29番11号

TEL 0138-59-3331

<http://www.hakodatewatanabe.or.jp>

### 【患者様事項】

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 性別：男・女 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

当クリニック受診歴： 有（ 年 月頃）・無・不明 連絡先Tel \_\_\_\_\_

### 【内 容】

第一希望日： 月 日（ ）午前・午後 希望医師：あり（ 医師）・無

第二希望日： 月 日（ ）午前・午後 希望医師：あり（ 医師）・無

【通信欄】（受入準備の都合上、簡単で結構ですので症状のご記入をお願い致します）

-----  
-----  
-----

※来院前にカルテ準備をいたしますのでご記入にご協力をお願い致します。

### 【保険者番号】

乳幼児 / 母子 / 障害 / 特定 / 後期（負担 割）

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

公費負担者番号： \_\_\_\_\_

公費負担者受給者番号： \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

- 《予約の日時が決まり次第、FAXにてお知らせ致します。（15分程度）》
- ※ 担当医師、診療日時におきましては、御希望に添えない場合、御連絡申し上げます。
  - ※ 予約票に時間を要している場合は、お手数でもご連絡下さいますようお願い申し上げます。