

予約申込書

市立函館病院
地域医療連携室 宛

〒 041-8680 函館市港町1丁目10番1号

直通FAX 0120-503-620
直通TEL 0120-506-280

医療機関名

医師名 科

担当者名

TEL

FAX

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|--------|
| フリガナ | | 生年月日 | |
| 患者氏名 | 様 男・女 | 明・大・昭・平 | 歳 |
| 患者住所 | | 電話番号 () - | |
| 希望診療科 | 科 | 希望医師名 | 医師 |
| 希望日時 | 年 月 日 () 時頃・いつでも | 希望形態 | 通院・入院 |
| 疑われる病名 | 自立度 | 歩行・車椅子・ストレッチャー | |
| 現在の患者さんの状況 | 通院中・入院中 | 患者さんは今、お待ちですか？ | はい・いいえ |
| 病状 | | | |
| 血液内科, 消化器内科, 循環器内科, 呼吸器内科, 放射線治療科, 消化器外科, 乳腺外科, 脳神経外科, 耳鼻咽喉科, 泌尿器科, 形成外科を予約される患者さんについては, 大変お手数ですが診療情報提供書と一緒にFAXして下さいますようお願い申し上げます。その他の科は出来次第FAXくださいますようお願いいたします。 | | | |

- ◎希望医師, 希望診察日時につきましては, ご希望に添えない場合, 折り返しこちらから連絡致します。
- ◎FAX受付は24時間随時行っておりますが, 休診日と下記時間以外のお申し込みは, 翌日以降に予約票を送信いたしますので, ご了承下さい。
- ◎救急患者(救急車依頼)につきましては, 病院代表電話(TEL0138-43-2000)へ連絡し, 交換台に用件をお伝えください。

■平日 8:45~16:45

※ 来院前にカルテを準備いたしますので, 保険情報等のご記入にご協力下さい。

| | | | |
|----------|---------------|---------------|---------------|
| 保険者番号 | | 【 重度・ひ親・乳幼児 】 | |
| 記号 | 番号 | 市町村番号 | |
| 被保険者氏名 | | 受給者番号 | |
| 続柄 | | 負担区分 | 初診時一部負担 ・ 1割 |
| 有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 負担割 | 割 | | |
| 3割 上位 経過 | | | |