

予約申込書

市立函館病院
地域連携課 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 :

診療科・医師名 : 科

担当者名 :

TEL :

FAX :

<紹介患者様情報>

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令
患者氏名		旧姓 ()	年 月 日	歳
患者住所	〒	電話番号	自宅 - -	携帯 - -
紹介目的	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院	患者さんの状況	<input type="checkbox"/> 紹介元通院中 <input type="checkbox"/> 紹介元入院中	
ADL	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー	受診時同伴者	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
予約回答待ち状況	<input type="checkbox"/> 紹介元で返事を待っている	<input type="checkbox"/> 帰宅済み 紹介元から連絡	<input type="checkbox"/> 帰宅済み 函病から連絡	<input type="checkbox"/> その他

<希望診療科> ※申込時に紹介状が必要のない科に関しては、予約診療日の3日前迄にFAX頂きますようお願いいたします。

診療科 ※希望する診療科に✓を付けて下さい	血液内科	消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	小児科	脳神経内科	放射線科	放射線治療科	消化器外科	乳腺外科	心臓血管外科	呼吸器外科	脳神経外科	整形外科	リハビリ科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	形成外科	歯科口腔外科	しびれ・歩行障害	麻酔科	救命救急センター	精神神経科	病理診断科	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
申込時に紹介状が必要	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
受診希望日	① 月 日		② 月 日		③ 月 日		希望医師名																				
主訴・病名																											

備考

※FAX受付は24時間随時行っておりますが、休診日(土・日・祝日)と平日8:45~16:45以外のお申し込みは、翌日以降に対応いたしますのでご了承下さい。

※やむを得ず医師が交代することもございます。ご了承下さい。