


紹介受診お申込書

直通FAX **0138-43-3416**

函館市医師会病院  地域医療連携センター クローバー 宛 〒041-8522 函館市富岡町2丁目10番10号 直通TEL (0138) 43-4876
--

医療機関名 TEL FAX

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (才)
住所	〒 電話 () -		
緊急連絡先			
希望診察科	科	希望医師	無・有〔 医師〕
希望診察日	年 月 日 ()		
疾患・症状			

保険情報

保険者番号	
記号	番号
被保険者氏名	続柄
有効期間	年 月 日～ 年 月 日
給付率	9割 7割

公費情報

公費受給者番号	公費負担者番号
有効期間	年 月 日～ 年 月 日
公費受給者番号	公費負担者番号
有効期間	年 月 日～ 年 月 日
給付率	1割 3割

☆予約の日時が決まり次第、FAXにてお知らせ致します。

返送のない場合はお手数ですがご連絡下さいませようお願い致します。

☆FAX受付は24時間随時行っておりますが、平日16:00 土曜11:00を過ぎた場合は、翌日以降の返答となりますので、ご了承下さい。

☆当院「外来診療体制表」により医師の担当曜日・時間を事前にお確かめ下さい。

なお、希望医師の診察が困難な場合は、ご相談させていただきます。

☆この用紙を利用せず、当院担当医師へ直接ご依頼されても結構です。

