


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 苑 〒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 住所 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() - 携帯 -		
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			
患者状況 連絡方法	・現在外来で返事を待っている ・帰宅済み(紹介元医療機関から連絡) ・紹介元医療機関に入院中 ・その他()		

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 8割 7割

公費情報

公費負担者番号	公費受給者番号
種類	身障 特定疾患 ひとり親 子ども
有効期間	年 月 日～ 年 月 日
給付率	初診時 1割 区分Ⅰ 区分Ⅱ
公費負担者番号	公費受給者番号
種類	身障 特定疾患 ひとり親 子ども
有効期間	年 月 日～ 年 月 日
給付率	初診時 1割 区分Ⅰ 区分Ⅱ

☆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、ご相談させて頂きます。

☆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。

