



共通受診申込書

はこだて地域連携実務者協議会

【参加医療機関】
50音順

- 国立函館病院 (国立) 函館五稜郭病院 (五病)
 市立函館病院 (函病) 函館市医師会病院 (医師会)
 高橋病院 (高橋) 函館中央病院 (中病)
 ななえ新病院 (ななえ) 亀田グループ (亀田・亀北・亀花)

① 自院の情報をお知らせください。

医療機関名			
医師名	先生 (科) 担当者名 ()		
TEL		FAX	

② ご紹介いただく患者さんについてご記入下さい。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名			
患者住所	〒		
受診希望病院	函館市医師会病院 <small>※病院名は略称で構いません。</small>	依頼区分	外来・入院
希望診療科		希望医師名 (必要時)	先生
受診希望日①	-	受診希望日②	-
症状または病名			
自立度		患者さんの状況	

<備考> 特記事項等がございましたらご記入ください。

- ◎ 予約の日時が決まり次第、FAXにてお知らせ致します。
- ◎ 希望医師・希望日時につきましてご希望に添えない場合は、折り返しこちらからご連絡致します。
- ◎ FAX受付は24時間随時行っておりますが、休診日と各病院受付時間外以外のお申し込みは、翌日以降に返送させていただきますのでご了承ください。