

函館中央病院 地域医療連携室 行

直通 FAX 

0120 - 715 - 888

**受 診 申 込 書**

函館中央病院 地域医療連携室

〒040 - 8585 函館市本町33 - 2

直通電話 (0138)55 - 3421

医療機関名

医 師 名

T E L

F A X

フリガナ			男	生 年 月 日	
患 者 氏 名	様		・ 女	明・大・昭・平	
				年	月 日 才
希 望 診 療 科	科	希望医師	有 ・ 無	希望医師名	医師
第一希望診察日	年 月 日 ( )	午前 ・ 午後	午前・午後どちらかにマークして下さい。		
第二希望診察日	年 月 日 ( )	午前 ・ 午後			
コメント欄 (その他、特記事項等ありましたら御記入ください。)					

当院「外来診療体制表」により希望医師の担当曜日・時間を事前にお確かめ下さい。  
なお、場合により、希望医師の診察が困難な場合もございますので、御了承下さい。

患 者 住 所	〒		
		TEL	( ) -

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	

公 費 保 険 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	

希望医師がある場合は、医師名も記入して下さい。

予約の日時が決まり次第FAXにてお知らせいたします。(15分程度)  
 返送のない場合はお手数ですが、御連絡くださいますようお願い申し上げます。

FAX受付は24時間随時行っておりますが、誠に勝手ながら休診日と下記時間以外のお申込は、翌日等に返送させて頂くこととなりますので、御了承下さい。

平 日 9:00 ~ 16:00  
 土 曜 9:00 ~ 12:00