

診 療 申 込 書

直通FAX (0138) 53 - 1297

社会福祉法人北海道社会事業協会函館病院（通称：函館協会病院）地域連携室 宛
 (FAX時間 平日 8:45~16:30)

医療機関名			
医 師 名			
T E L	-	F A X	() -
ご希望日	平成 年 月 日 時頃 ・ 時間指定なし		
依頼診療科		依頼医師名 (必要時)	
連絡事項（詳細は、診療情報提供書にご記入ください。）			

下記については、ご紹介いただく受診者（患者さま）について、ご記入ください。

フリガナ ご氏名			当院への受診歴	あり ・ なし ・ 不明
生年月日	M T S H	年 月 日生 (歳)	性別	男 ・ 女
ご住所	〒			
T E L	()	-		

下記については、保険証・各受給者証のコピー、または、貴院のカルテのコピーをFAXしていただいても結構です。

保険者番号									
記号		番号							
被保険者氏名									
続柄	本人 ・ 家族								
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日								

公費負担者番号									
公費負担受給者番号									
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日								

公費負担者番号									
公費負担受給者番号									
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日								

<予約手続きが完了しましたら、早急にご連絡いたします。>

※ 担当医師、診療日程につきましてご希望に添えない場合は、こちらから折り返しご連絡いたします。