



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
- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> 国立函館病院（国立） | <input type="radio"/> 函館五稜郭病院（五病） |
| <input type="radio"/> 市立函館病院（函病） | <input type="radio"/> 函館市医師会病院（医師会） |
| <input type="radio"/> 高橋病院（高橋） | <input type="radio"/> 函館中央病院（中病） |
| <input type="radio"/> ななえ新病院（ななえ） | <input type="radio"/> 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ください。

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	依頼区分	
希望診療科		希望医師名 （必要時）	
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。