

年 月 日

予 約 申 込 書

〒070-8610 旭川市金星町1丁目1番65号

市立旭川病院

地域医療連携課 宛

FAX : 0166 (26) 0008

TEL : 0166 (24) 3181 (内線5370)

【 紹介元医療機関 】

住 所

名 称

医 師 氏 名

担 当 者 名

FAX : ()

TEL : ()

フリガナ			性 別
患者氏名	様		男 ・ 女
※氏名・生年月日の誤りにご注意ください			
生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
住 所	〒		電話 ()
診 療 科	科	希望医師がいる場合 医師	
希 望 日 時	① 年 月 日 時		② 年 月 日 時
	(都合の悪い日があればご記入ください) 備考		
患者さんの状況	☐ 外来で予約の回答を待っている ☐ 帰宅済み ☐ その他 ()		

診療情報提供書

傷 病 名	
依 頼 目 的	
・既往歴 ・家族歴	
・症 状 ・治療経過 ・検査結果等	

※ 診療情報提供書は貴院の様式で作成していただいてもかまいません
※ 診療情報提供書・検査結果・画像データ等は患者様にお渡しし当院までご持参くださるようお願いください