

年 月 日

予 約 申 込 書

〒070-8610

【 紹介元医療機関 】

旭川市金星町1丁目1番65号

住 所

市立旭川病院地域医療連携課 宛

名 称

FAX : 0166 (26) 0008

TEL : 0166 (24) 3181 (内線5370)

医師氏名

FAX : ()

TEL : ()

フリガナ		性 別
氏 名	様	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
住 所	〒	電話 ()
希 望 診 療 科	科 希望医師がある場合	医師
希 望 受 診 日 時	① 年 月 日 時	② 年 月 日 時

傷病名・依頼目的など

傷病名
依頼目的
症状経過・検査結果など

保険情報《事前に情報を登録することで受付時間の短縮を図ります。》

保険者番号	
記号・番号	
被保険者氏名	
続 柄	本人 ・ 家族

公費負担者番号	
公費受給者番号	
公費負担者番号	
公費受給者番号	