

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	
患者さんの状況	<input type="checkbox"/> 外来で予約の回答を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※患者様のご都合の悪い日ございましたら、右の欄へご記入下さい。( )

## 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	