

お時間のある場合にご記入ください

直通FAX番号 (0138) 52-8070

紹介患者 受診申込書

年 月 日

函館赤十字病院
地域連携室アンリー 宛
〒040-8631
函館市堀川町6番21号
Tel (0138) 35-5511

医療機関名	
科・医師名	科
Te l	
F a x	

フリガナ				生年月日
患者氏名	明・大・昭・平		年 月 日 (歳)	
希望診療科	科	性別	男 ・ 女	
希望診療日	月 日 () 曜日	午前・午後	希望医師 (希望時のみ)	医師
来院方法	歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー			
簡単な症状				

以下の情報についてご記入いただきますと事前にカルテが作成できるため、患者さん来院時のお手数が省かれます。

住 所	〒	電話 () -
-----	---	----------

保険者番号	
記号	番号
被保険者氏名	続柄
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日

公費受給者番号	公費負担者番号
有効期間	
公費受給者番号	公費負担者番号
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日

手続き完了次第、ご連絡いたします。(返信のない場合はお手数ですがご連絡ください)
受付時間外については、翌日以降の返答となりますので御了承ください。至急のご依頼は
お電話でご連絡ください。