

通 申

【参加医療機関】 50音順

0	国立函館病院	(国立)
\cap	市立函館集院	(商集)

- 0 函館五稜郭病院(五病) 0 函館市医師会病院(医師会)
- 市立幽館病院(幽病) 高橋病院(高橋)
- 函館中央病院(中病)
- ななえ新病院(ななえ)

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		男・女	大·昭·平 年 月 日	
患者住所	₹		Tel ()	
受診希望病院	病院※ 病院名は略称で構いません。	依頼区分	1. 外来診察依頼 2. 入院依頼	
希望診療科	科	希望医師名 (必要時)	医師	
受診希望日①	年 月 日(曜日)	受診希望日②	年 月 日(曜日)	
症状または病名				
自立度	歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	患者さんの状況	通院中・入院中	
<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以外のお申込みは、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。