はこだて地域連携実務者協議会

共　通　受　診　申　込　書

【参加医療機関】
50音順

- ○ **国立函館病院（国立）**
- ○ **市立函館病院（函病）**
- ○ **ななえ新病院（ななえ）**
- ○ **函館五稜郭病院（五病）**
- ○ **函館市医師会病院（医師会）**
- ○ **函館中央病院（中病）**
- ○ **高橋病院（高橋）**
- ○ **亀田グループ（亀田・亀北・亀花）**

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	年　　月　　日
自施設患者ＩＤ	※道南Ｍｅｄｉｋａ導入施設の場合は記載願います。		
患者住所	〒　- Tel　　（　　）		
受診希望病院	※　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。