



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】
順不同

- ☐ 函館医療センター（国立）☐ 函館五稜郭病院（五病）☐ 高橋病院（高橋）
☐ 市立函館病院（函病）☐ 函館市医師会病院（医師会）☐ 亀田グループ（亀田・亀北・亀花）
☐ ななえ新病院（ななえ）☐ 函館中央病院（中病）☐ 函館協会病院（協会）

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 I D	※道南 M e d I k a 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。