

予 約 申 込 書

〒076-8765
 北海道富良野市住吉町1番30号
 社会福祉法人 北海道社会事業協会 富良野病院

(略称 富良野協会病院)

地域医療連携室 宛

専用TEL : 0167-22-2977
 専用FAX : 0167-22-2978

【医療機関】

住 所

名 称

医 師 名

TEL :

FAX :

フリガナ			
患者氏名	_____様	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	(歳)	
住 所	_____		
電話番号	_____ - _____		
希望診療科	_____科	希望受診日	H 年 月 日 ()

診療科が不明な場合、また希望受診日がない場合は、空欄にしてください。

診 療 情 報 提 供 書

依頼目的	診 察 ・ 検 査 ・ そ の 他 (いずれかに をつけてください)
傷 病 名	
既往歴・家族歴	
症状経過・検査結果など	

被保険者証 (社 保 ・ 国 保 ・ 労 災 ・ 公 務 災 害 ・ 自 賠 責 ・ そ の 他)	本人・家族
保険者番号 ()	記号 ()
番号 ()	給割 (割)
老人医療受給者証 番号 (2 7)	受給者番号 ()
給割 (割)	
公費医療受給者証 番号 ()	受給者番号 ()
重 度 ・ 乳 幼 児 ・ ひ と り 親 保 険 者 ()	受給者番号 ()

本用紙は、患者様のカルテを事前に作成し、来院時に患者様をお待たせしないための予約申込書です。健康保険情報につきましては、わかる範囲でご記入下さい。また、健康保険証のコピーをFAXしていただいてもかまいません。本用紙をFAXでお送り下さい。受診日が決まりましたら「予約受付票」をFAXで返信致しますので、切り取り線から切り離し、患者様にお渡し下さい。