様式１

受　診　予　約　票

北海道立江差病院　保健医療連携室　宛

〒 043-0022　檜山郡江差町字伏木戸町 484 番地
TEL　0139-52-0036　**連携室専用 FAX　0139-54-6678**
（FAX 受付時間　平日 9:00 ～ 16:30）

依頼施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
TEL
FAX

患者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ 男・女	被保険者証	保険者番号		
			記号・番号		
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日生（　歳）		被保険者の勤務先		
			公費負担者番号		
患者住所	電話（　）　－		公費受給者番号		
			乳・母子・障		
被保険者氏名		被保険者との続柄		その他	生保・労災・公災・自賠責（その他　）
道立江差病院受診歴	有（昭・平　年頃）・無			ＩＤ番号	有(No　)・無

希望診療科名 (番号に○印を付けて下さい)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	外科	産婦人科	小児科	整形外科	泌尿器科	精神神経科	

特記事項 （症状を簡単にご記入くださいますようお願い致します）	
紹介目的	1，診断　2．治療　3．その他（　）
薬剤過敏	（薬剤名）
特に必要な検査	1．CT　2．MRI　3．超音波検査（　） 4．トレッドミル　5．胃カメラ　6．大腸ファイバー 7．その他（　）
要望事項	第１ご希望日　年　月　日　時頃・いつでも 第２ご希望日　年　月　日　時頃・いつでも その他： （来院時の患者輸送方法等　1．自家用車　2．救急車　来院時間　：　）

● ご注意
1．当院の患者受付は、保健医療連携室が事前に行いますので、保険者番号等は必ずご記入下さい。
2．この受診予約票の他に、必ず「保険証の写し」を FAX 願います。