受　診　予　約　票

様式１

北海道立江差病院　地域連携室　宛

〒043-0022　檜山郡江差町伏木戸町４８４番地

TEL　0139-52-0036 連携室専用FAX　0139-54-6678

（FAX受付時間　平日　9：00～17:00）

依頼施設名：

依頼医師名：　　印

TEL

FAX

患者氏名	フリガナ 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		被保険者の勤務先		
患者住所		公費負担者番号			
		公費受給者番号			
電話	（　　）　－	乳・母子・障			
被保険者氏名		被保険者との続柄		種別	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　有　（No　　）・無			

希望診療科名 (番号に○をつけてください)	1 循環器内科	2 消化器内科	3 呼吸器内科	4 外科	5 産婦人科	6 小児科	7 整形外科	8 泌尿器科	9 精神科	10
特記事項 （症状を簡単にご記入くださいますようお願いいたします。）										
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希望日　　年　月　日　　時頃　・　いつでも									
	第２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、地域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ください。

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。