【貴院控】(様式 1)

令和　　年　　月　　日

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・令　年　月　日（　歳）
住　　所	
電話番号	－　－
希望診療科	科　　希望受診日 R　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（２７　　）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。