

様式 1

受 診 予 約 票

北海道立江差病院 地域連携室 宛

〒043-0022 檜山郡江差町字伏木戸町484番地

TEL 0139-52-0036 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

依頼施設担当者名

TEL

FAX

患者氏名	フリガナ 男 ・ 女		
生年月日	大 ・ 昭 平 ・ 令 年 月 日生 (歳)		
患者住所	〒 電話 携帯電話		
症状又は病名			
希望診療科名	科	希望医師名	医師
希望する検査	1. 胃カメラ 2. 大腸ファイバー 3. その他 ()		
希望受診日	① 年 月 日 ()	② 年 月 日 ()	
自立度	歩行 車椅子 ストレッチャー		
特記事項			

● ご注意

※ この受診予約票の他に、必ず「保険情報」をFAX願います。

※ 希望医師、希望診療科につきまして希望に添えない場合は、こちらから折り返しご連絡致します。