

診療・検査予約申込書

北星記念病院 地域医療連携室宛

令和 年 月 日

〒090-0837 北見市中央三輪2丁目302番地1

(紹介元医療機関)

TEL (0157)51-1234

住 所

FAX (0157)51-1230

医療機関名

電話 () -

FAX () -

医師氏名

患 者 情 報	フリガナ			
	※患者氏名			
	※生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	性別	男・女
	住 所	〒 - 自宅() - 携帯() -		
	※北星受診歴	なし ・ あり 診察券ID ()		
	保 険 証 (コ ピー 可)	保険者番号		
		記号・番号		
		被保険者名		
		被保険者との関係	本人 ・ 家族	
		資格取得	昭・平 年 月 日	
有効期限		平成 年 月 日		
保険者名称				
公費負担者番号				
公費負担受給者番号				
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

※当院の受診歴のある方は、「患者氏名」「生年月日」「診察券ID」のみ、ご記入下さい。

予約目的	診 療 ・ 検 査		
主病名・主症状等			
希望診療科	脳神経外科 ・ 歯科口腔外科 ・ 循環器内科 ・ 放射線科(検査)		
希望医師	医師名 [医師] ・ 指定なし		
希望日	第一希望	月 日	AM ・ PM (時)
	第二希望	月 日	AM ・ PM (時)
	予約済み	月 日	AM ・ PM (時)
予約日時の調整方法	FAX ・ 患者から北星脳外へ電話 ・ 紹介元から北星脳外へ電話		

※受診当日、「診療情報提供書」と「保険証」をお持ちいただきますよう、患者さまにお伝え下さい。