

# 受診予約依頼票

社会医療法人 北斗 北斗病院  
地域医療連携室 行

FAX 0155-47-3083

(様式1)

依頼日 平成 年 月 日

病院名

主治医

担当者

フリガナ

フリガナもご記入下さい。

患者氏名 :

( M・T・S・H 年 月 日 男・女 )

希望受診科 脳神経外科・脳神経内科・心臓血管外科・循環器科・消化器科・乳腺専門外来  
整形外科・リウマチ科・眼科・角膜外来・耳鼻咽喉科・形成外科・核医学診断科 ( PET )  
放射線治療科 ( Tomotherapy ) ・歯科・歯科口腔外科・在宅医療科・がん腫瘍外来

受診希望日時 第1希望 月 日 ( 曜日 ) AM・PM

第2希望 月 日 ( 曜日 ) AM・PM

第3希望 月 日 ( 曜日 ) AM・PM

特記事項 :

保険情報記載欄 (受診当日患者様をお待たせしないためにも必ずご記入をお願いします。)

〒												
ご住所	TEL											
公費負担番号										保険者番号	資格取得	
受給者番号										記号・番号		
負担割合	割								被保険者	続柄	本人・家族	
その他公費	(乳・障害・ひとり親・その他)											

受付時間

月～金曜日

AM9:00～PM17:00

土曜日

AM9:00～PM12:00

社会医療法人 北斗 北斗病院

地域医療連携室

〒080-0833

北海道帯広市稲田町基線7-5

TEL: 0155-47-3093(直通)

0155-48-8000(内線1508)

FAX: 0155-47-3083

[H23.1改定]