

依頼日 令和 年 月 日

# 受診予約依頼票

社会医療法人 北斗 北斗病院  
患者サポートセンター  
地域医療連携室 行

FAX 0155-47-3083

病院名
主治医
担当者

フリガナ 患者氏名	←フリガナもご記入ください		
	( T・S・H・R 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・消化器内科 消化器外科・乳腺専門外来・整形外科・リウマチ科・総合診療科 眼科・耳鼻咽喉科・形成外科・核医学診断科(PET) 放射線治療科(Tomotherapy)・歯科口腔外科・( )		
●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 / 9:00～17:00  
土曜日 / 9:00～12:00

社会医療法人 北斗 北斗病院  
患者サポートセンター 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1133)  
FAX:0155-47-3083