

診療予約票 (FAX申込書)

年 月 日

保険番号	
記号	番号
被保険者との続柄	(本人・家族)

北海道立北見病院

*ご紹介元医療機関様

	科	殿
受診希望日	年 月 日	
変更日	年 月 日	

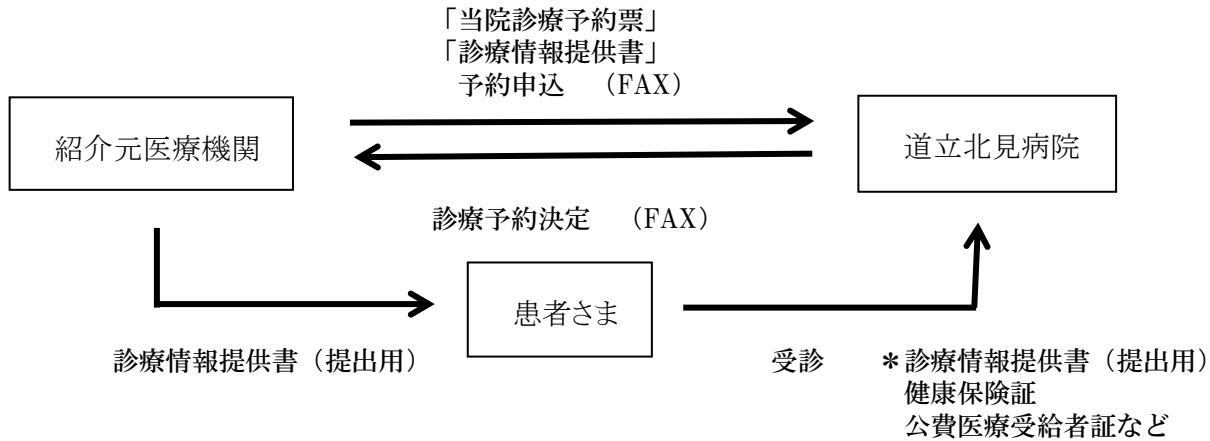
所在地	
医療機関名	
主治医	印
TEL	
FAX	

フリガナ	住所
患者氏名	男 女
	様 女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	(TEL)

傷病名	
紹介目的	1. 検査 ・ 診断 2. 診察 3. その他 (

【 予約方法 】

- ① 「当院診療予約票」に受診希望日を記入のうえFAX送信をお願いします。
- ② 折り返しFAXにより「決定日時」をお知らせします。
- ③ 患者さまには「診療情報提供書（提出用）」を受診日に当院受付窓口にて提出していただきますようお願い下さい。



診察予約時間

年 月 日 午前・午後 時 分

(診察の状況により、お待ち頂く場合があります。)

時 分に来院下さい。

(受付・カルテ作成等のため)