



【参加医療機関】
50音順

- 函館医療センター（国立） ○ 函館五稜郭病院（五病） ○ 高橋病院（高橋）
○ 市立函館病院（函病） ○ 函館市医師会病院（医師会） ○ 亀田グループ（亀田・亀北）
○ ななえ新病院（ななえ） ○ 函館中央病院（中病）

医療機関名			
医師名	先生（科） 担当者名（）		
TEL		FAX	
② ご紹介いただく患者さんについてご記入ください。			
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 ・ 女	年 月 日
自施設患者 I D	※道南Medika導入施設の場合は記載願います。		
患者住所	〒 - Tel（）		
受診希望病院	※ 病院名は略称で構いません。	依頼区分	1. 外来診察依頼 2. 入院依頼
希望診療科	科	希望医師名 （必要時）	医師
受診希望日①	年 月 日（曜日）	受診希望日②	年 月 日（曜日）
症状または病名			
自立度	歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	患者さんの状況	通院中 ・ 入院中
＜備考＞ 特記事項等がございましたらご記入ください。			

- ◎ 予約の日時が決まり次第、FAXにてお知らせ致します。
- ◎ 希望医師・希望日時につきましてご希望に添えない場合は、折り返しこちらからご連絡致します。
- ◎ FAX受付は24時間随時行っておりますが、休診日と各病院受付時間以外のお申込みは、翌日以降に返送させていただきますのでご了承ください。