診療予約申込書（ＦＡＸ用）

申し込み日：　　年　　月　　日（　　）

北見赤十字病院
地域医療連携室宛
〒090-8666　北見市北６条東２丁目１番地
予約専用ＦＡＸフリーダイヤル 0120-018-599（直通）
専用電話　フリーダイヤル 0120-018-299（直通）

貴医療機関名・住所・医師名・電話・ＦＡＸ

フリガナ		性 別	栄養指導希望の場合
患者氏名	（旧姓）（　　）	男･女	□ エネルギー集団 □ 塩分集団 □ 個別 （病名）（　　）
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　才）		
住　　所	〒		
電話番号	（　　）　　・携帯番号		

予約依頼診療科：　　科	予約希望医師名	
第１ 予約希望 ：　　年　　月　　日（　　曜日）	午前・午後　　時　　分頃	
第２ 予約希望 ：　　年　　月　　日（　　曜日）	午前・午後　　時　　分頃	
産科の場合 ：（分娩予定日　　年　　月　　日・妊娠歴（　　）		
北見赤十字病院への受診歴の有無　　有 ・ 無　（カード番号　　）		

【保険情報記入欄】

※保険証・公費負担医療受給者証の原本のコピーを送信していただいても結構です。

■被保険者証（本人・家族）
（０割・１割・３割）

保険者番号	
記号･番号	
資格取得日	
有効期間	～

■公費負担医療受給者証

市町村番号	
受給者番号	
有効期間	～

■後期高齢者被保険証（１割・３割）

市町村番号	
受給者番号	
有効期間	～

■公費負担医療受給者証

市町村番号	
受給者番号	
有効期間	～

乳・ひとり親・障害	記号・番号	・	有効期間	年　月　日～　年　月　日

そ の 他	生保・労災・公災・自賠責・その他（　　）

必ずご連絡ください

※ ＦＡＸでの予約は平日8:30～16:00です。原則20分以内にお返事いたします。この時間以外でも受信可能ですが、お返事は翌日（休診日明け）の時間内になります。
（土・日曜日、祝祭日、5月1日、年末年始〈12月29日から1月3日〉はお受けできません）

※ 緊急の患者さんのご依頼は、直接、医師に電話でご相談ください。