

愛媛大学医学部附属病院（外来受診専用）
F A X 送信票（089-960-5959）

平成 年 月 日

愛媛大学医学部附属病院
総合診療サポートセンター 行

紹介医療機関名

所在地

電話番号

F A X 番号

医師氏名

科



| | |
|-----------------------|---|
| 受診診療科 | 科 |
| 希望医師名 または 専門領域 | |
| 紹介状 ※必ずご用意 ください | <input type="checkbox"/> 紹介状を添付 <input type="checkbox"/> 紹介状は後から F A X する （ 本日中 ・ 月 日 ） |
| 依頼内容 | ※紹介状が遅れる場合にご記入ください 病名 |
| 緊急性 | 緊急性の有・無等について |
| 第一希望 | 年 月 日 （ 時 頃 ） |
| 第二希望 | 年 月 日 （ 時 頃 ） |
| 第三希望 | 年 月 日 （ 時 頃 ） |

| | | |
|------|----------------------------|-----|
| ふりがな | | 男・女 |
| 患者氏名 | | |
| 生年月日 | 明治・大正 年 月 日 昭和・平成 (歳) | |
| 現住所 | 〒 | |
| 電話番号 | (方) | |

※事前のカルテ作成に必要ですので、記入をお願いいたします。

| | | | | | | | |
|------------------------------|-------|--------------|--|--|--|--|--|
| 保険者番号 | | | | | | | |
| 被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号 | | | | | | | |
| 被保険者との続柄 | 本人・家族 | 負担割合：1・2・3 割 | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 保険適応外： 妊娠・交通事故・労災・生保・その他 () | | | | | | | |

※予約状況によりご希望にお応え出来ない場合がございます。ご了承くださいませ。

| |
|--|
| 愛媛大学医学部附属病院での受診歴（無・不詳・有 = ID : _____）旧姓（ _____ ） |
|--|

備考

本票と紹介状をFAXしてください。

診察日が決定しましたら、予約日時を記載した診療予約票を返信します。

「紹介状の原本」と「予約票」は、患者さんにご持参いただけるようお渡しください。

※ F A X 受付時間は **8時30分～16時00分** です。

※ F A X は 24 時間稼働していますが、上記時間外または休診日にお送りいただきますと、翌日もしくは休み明けの返信となります。ご了承くださいませ。

※受診希望日がある場合は、受診希望日の前日（休診日の場合は休診日の前日）までにお送りください。

《お問合せ先》

愛媛大学医学部附属病院（代表TEL）（089）964-5111 （平日8時30分～17時00分）

総合診療サポートセンター（直通TEL）（089）960-5322 **（専）FAX（089）960-5959**