

愛媛大学医学部附属病院（外来初診予約申込書）

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
 ※FAX受付時間 8:30~15:00
 ※16:00までにFAX予約の返信がない場合は翌日の返信となります。
 ※受付時間以降のお申し込みは、翌営業日以降の返信となります。ご了承ください。

紹介医療機関名
 所在地
 電話番号
 FAX番号
 医師氏名
 科
 (連絡担当者) (印)

受診診療科	科
希望医師名 または 専門領域	
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	(旧姓)	
生年月日	明・大 年 月 日生 昭・平・令 (歳)	
現住所	〒	
電話番号	(方)	

※事前のカルテ作成に必要ですので下記に記入していただくか、患者保険情報がわかる書類を本票とともに送信してください。

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 ()							

愛媛大学医学部附属病院での受診歴
 (無・不詳・有 =ID:)

※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。
 ※翌日の予約は14:00までにご連絡ください。
 ※緊急の受診については各科外来へご連絡ください。

＜依頼内容＞ ※紹介状は必ず必要です（紹介状添付の際は、枠内の記載不要）

紹介状の作成が遅くなる場合は枠内にご記入ください。 □紹介状は後から送る (月 日に)

病名（疑い病名）	
紹介目的及び症状経過	

本票と紹介状をFAX送信してください。

・検査結果は必要なデータだけを添付し、枚数が多い場合は16時以降に送信してください。

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てください。

＜FAX 予約に関するお問合せ先＞

総合診療サポートセンターFAX予約担当

電話番号（直通） (089) 960-5322 8:30~16:00