愛媛労災病院　受診（診療・検査・入院）依頼票（FAX専用）

医療機関名

**紹介元情報**

医師

　　　送付先

　　　愛媛労災病院　地域医療連携室

予約専用番号

**FAX：0897-33-6198**

地域連携室直通TEL：0897-33-6199

　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　-　　　　　　-

　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　-　　　　　　-

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 報** | フリガナ |  | 男・ 女 | 生年 月日 | 明 ・ 大 昭 ・ 平令 | 年（ | 月 | 日） 才 |
| 患者氏名 | 様 |
| 紹介目的（主訴、病名など） | (紹介状を添付いただいても結構です) |
|  |
| **住 所****・****保 険 情 報** | 現住所 | （〒 | - | ） | TEL | － － |
| 主 保 険 | 保険者番号 |  | 被保険者名 |  | 本人 ・ 家族 |
| 記号 |  | 負担割合 | 割 |
| 番号 |  | 有効期限 | 年 | 月 日 |
| 公 費 | 負担者番号 |  | 負担金額 | 円 |
| 受給者番号 |  | 有効期限 | 年 | 月 日 |
|  |  |
| **ご 希 望 内 容** | **□診療予約**※検査を含めた 診察の予約に なります | [1] ご希望日時[2]都合の悪い日 | 月月 | 日（日（ | ）（ 　　　　　　） | 　　　）　 | 時ころ |  |  |
| 受診科 | 循環器内科 ・ 内科 ・ 呼吸器内科 ・ 外科　・　泌尿器科 |
| 整形外科 ・ 産婦人科 ・ 形成外科　・　歯科口腔外科 |
|  ・ 脳神経外科 ・ 整形外科 ・ （　　　　　　　　）科 |
| [3] ご希望医師 | 有 （ | 医師） | ・ 無 |
| **□検査予約** | ① ご希望日時②都合の悪い日 | 月月 | 日（日（ | ） 午前（） | ）時 |  ・ 午後（ | ） |  |
| ③ ご希望検査③ 問診欄 | C T検査 （検査部位： ） 造影の有無（ 有 ・ 無 ） |
| MRI検査 （検査部位： 　　　　 ） 造影の有無（ 有 ・ 無 ） |
|  |  RI検査　　(検査部位：　　　　　　　 )　　 |
| ※**診察なし**で |  も | 全員

|  |
| --- |
|  |

造影検査の時ＭＲＩ検査のみ | ●身長（　　　　　）cm ・体重（　　　　　）Kg・妊娠の有無（有・無） |
| ④　問　診 |  |
|  |  | ●腎機能障害の有無（有・無）⇒３か月以内のｸﾚｱﾁﾆﾝ値：　年　月　日【 】●喘息の有無（ 有 ・ 無 ） ●ヨードアレルギーの有無（ 有 ・ 無 ） |
| 検査のみの |
|  |  | ●糖尿病薬の服用の有無（有・無） |
| 予約になります |
|  | ●体内金属（医療用を含む）の有無（ 有 ・ 無 ）●ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰの有無（ 有 ・ 無 ） |