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 ） | | | | | | | | | | | |