愛媛労災病院　歯科口腔外科受診依頼票（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[3]電話連絡する | ①　　月　　日（　）（　　　　　）時ころ②　　月　　日（　）（　　　　　）時ころ③　　月　　日（　）（　　　　　）時ころ　　　月　　日（　）　□　外来に直接電話で予約する　（代表0897-33-6191　歯科口腔外科外来） |
| [3] ご希望医師 | 有 | □　千葉　医師□　住田　医師□　定成　医師□　洲之内　医師 | ・ 無 |