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 | | |