

愛媛労災病院 歯科口腔外科受診依頼票 (FAX 専用)

紹介 元 情報	医療機関名	
	医師	
	TEL: - -	
	FAX: - -	

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

基本 情報	フリガナ			男 ・ 女	生 年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日
	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		
		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	<input type="checkbox"/> 診療予約	[1] ご希望日時	① 月 日 () () 時ころ ② 月 日 () () 時ころ ③ 月 日 () () 時ころ
	※検査を含めた 診察の予約に なります	[2] 都合の悪い日	月 日 ()
		[3] 電話連絡する	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 千葉 医師 <input type="checkbox"/> 住田 医師 <input type="checkbox"/> 定成 医師 <input type="checkbox"/> 洲之内 医師	