

愛媛労災病院 受診(診療・検査・入院)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 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	月 日 ( ) ( ) 時 ころ
		[2] 都合の悪い日	月 日 ( )
		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 ※診察なしで 検査のみの 予約になります	① ご希望日時	月 日 ( ) 午前 ( ) 時 ・ 午後 ( )
		② 都合の悪い日	月 日 ( )
		③ ご希望検査	CT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: )
		④ 問診	全員
造影検査の時	●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) ●糖尿病薬の服用の有無 (有・無)		
MRI検査のみ	●体内金属 (医療用を含む) の有無 (有・無) ●ペースメーカーの有無 (有・無)		