

愛媛大学医学部附属病院(外来受診専用)

FAX送信票(089-960-5959)

平成 年 月 日

愛媛大学医学部附属病院
総合診療サポートセンター 行

紹介医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

科

印

受診診療科	科
希望医師名 または 専門領域	
紹介状 ※必ずご用意 ください	<input type="checkbox"/> 紹介状を添付 <input type="checkbox"/> 紹介状は後からFAXする (本日中 ・ 月 日)
依頼内容	※紹介状が遅れる場合にご記入ください 病名
緊急性	緊急性の有・無等について
第一希望	年 月 日 (時 頃)
第二希望	年 月 日 (時 頃)
第三希望	年 月 日 (時 頃)

※ 予約状況によりご希望にお応え出来ない場合がございます。ご了承くださいませ。

ふりがな		男・女
患者氏名		様
生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生(歳)	
現住所	〒	
電話番号	(方)	

※ 事前のカルテ作成に必要ですので、記入をお願いいたします。

保険者番号							
被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号							
被保険者との続柄	本人・家族	負担割合：1・2・3割					
公費負担者番号							
受給者番号							
公費負担者番号							
受給者番号							
保険適応外：妊娠・交通事故・労災・生保・その他 ()							

愛媛大学医学部附属病院での受診歴 (無・不詳・有 =ID :

) 旧姓 ()

備考

本票と紹介状を FAXしてください。

診察日が決定しましたら、予約日時を記載した診療予約票を返信します。
「紹介状の原本」と「予約票」は、患者さんにご持参いただけるようお渡しく下さい。

※ FAX受付時間は **8時30分～16時00分** です。

※ FAXは24時間稼動していますが、上記時間外または休診日にお送りいただきますと、翌日もしくは休み明けの返信となります。ご了承くださいませ。

※ 受診希望日がある場合は、受診希望日の前日(休診日の場合は休診日の前日)までにお送りください。

お問い合わせ先

愛媛大学医学部附属病院 (代表TEL) (089)964-5111 (平日8時30分～17時15分)

総合診療サポートセンター (直通TEL) (089)960-5322 (専)FAX (089)960-5959