

愛媛大学医学部附属病院 F A X 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
F A X 番号
医師氏名 科

(印)

受診診療科		科	ふりがな		男・女
希望医師名 または 専門領域			患者氏名	様	
紹介状 ※必ずご用意 ください	<input type="checkbox"/> 紹介状を添付		生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生 (歳)
	<input type="checkbox"/> 紹介状は後から FAX する (本日中・ 月 日)		現住所	〒	
依頼内容	※紹介状が遅れる場合にご記入ください 病名		電話番号	(方)	
緊急性	緊急性の有・無等について				
第一希望	年 月 日	(時 頃)	※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。		
第二希望	年 月 日	(時 頃)	保険者番号		
第三希望	年 月 日	(時 頃)	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 ()		

※ 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。

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 して下さい。

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、患者様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 時間稼働していますが、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。ご了承下さいませ。

※ 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)までにお送り下さい。

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