様式１

愛媛大学医学部附属病院
ＦＡＸ送信票（089-960-5959）

平成　　年　　月　　日

愛媛大学医学部附属病院
医療福祉支援センター　　行

紹介医療機関名
所　　在　　地
電　話　番　号
ＦＡＸ番号
医　師　氏　名　　科　　㊞

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	□　紹介状を添付 □　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ださい。

※ 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）
医療福祉支援センター（直通TEL）（089）960 - 5322・（5261）　（専）FAX（089）960 - 5959