様式１

ＦＡＸ　０８９－９６０－５９５９

愛媛大学医学部附属病院（外来初診予約申込書）

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
※FAX受付時間　8:30～16:00
受付時間以降のお申し込みは、翌営業日以降の返信となります。

紹介医療機関名
所　在　地
電 話 番 号
ＦＡＸ番号
医 師 氏 名　　　　科　　　印
（連絡担当者　　　　　）

受診診療科	科
希望医師名 または 専門領域	
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）

愛媛大学医学部附属病院での受診歴
（ 無・不詳・有 ＝ID:　　　　）

※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。
※翌日の予約は**14:00までに**ご連絡ください。
※緊急の受診については各科外来へご連絡ください。

ふりがな		男・女
患者氏名	（旧姓　　　）	
生年月日	明・大 昭・平・令　　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下記に記入していただくか、患者保険情報がわかる書類を本票とともに送信してください。

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（　）								

≪依頼内容≫
※紹介状は必ず必要です（紹介状添付の際は、枠内の記載不要）
紹介状の作成が遅くなる場合は枠内にご記入ください。　☐紹介状は後から送る（　月　日に）

病名（疑い病名）	
紹介目的及び症状経過	

本票と紹介状をFAX送信してください。
・検査結果は必要なデータだけを添付し、枚数が多い場合は16時以降に送信してください。

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ださい。

≪FAX 予約に関するお問合せ先≫
総合診療サポートセンターFAX予約担当
電話番号（直通）　(089) 960-5322　8:30～16:00