

診療情報提供書 兼 受診予約申込書

☐ 緊 急

送信先	(記入日	年	月	日)
病院				
科				
先生 御侍史				
TEL :				

医療機関名	愛媛大学医学部附属病院
所在地	〒791-0295 愛媛県東温市志津川 4 5 4
電話番号	089-964-5111 (代表)
FAX 番号	089-960-5959
医師氏名	科
連絡担当者	内線 :

フリガナ		性 別	受診歴	有・無	旧姓	
氏名		男・女	診察券番号			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)		受診希望日時			
住所	〒		① 年 月 日 () 時頃			
			② 年 月 日 () 時頃			
			③ 年 月 日 () 時頃			
			(1. 上記日時を希望 2. いつでも可)			
電話1		伝達事項				
電話2						
傷病名						
紹介目的	☐ 精査 ☐ 加療 ☐ 入院 ☐ 転院 ☐ 手術 ☐ 検査 (☐ 内視鏡 ☐ CT 造影(要・不要) ☐ MRI 造影(要・不要) ☐ 他)					
既往歴 家族歴	別紙診療情報提供書参照					
病状経過 検査結果 治療経過	医療放射線被ばくに関する説明と同意 (有・無) ※CT・RI・FDG-PET 検査時は説明と同意が必須 Cr 値()又は eGFR 値() 測定日: 年 月 日 空腹時血糖値 mg/dl ※造影 CT/造影 MRI 検査時必須 (未記入時には造影できません) ※FDG-PET 検査時必須					
処方						
提供資料	☐ 画像データ ☐ 心電図記録 ☐ 検査結果 ☐ その他					
備考						

被保険者氏名	本人・家族		保険者番号												
記号・番号			負担割合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割											
公費負担者番号			公費負担者番号												入院中 (☐ DPC)
受給者番号			受給者番号												外来通院中
保険適応外	妊娠 ・ 交通事故 ・ 労災 ・ 生活保護 ・ その他 ()														

※システムの都合上、当院統一様式を使用しております。ご了承ください。