

受診/検査 予約申込書

令和 年 月 日

※ この受診/検査申込書と診療情報提供書をFAXにてご送信ください

◆医療機関情報

| | | | |
|-------|--|-----|--|
| 医療機関名 | | 担当 | |
| TEL | | FAX | |

◆愛媛生協病院の受診希望科・希望医師

| | | | |
|-------|---|----------------------------------|---------------------------------|
| 受診希望科 | 科 | <input type="checkbox"/> 診察・検査希望 | <input type="checkbox"/> 検査のみ希望 |
| 医師名 | | | |
| 希望検査 | <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 末梢神経伝導速度 | | |
| | <input type="checkbox"/> CT (単純・造影) | | |
| | ※造影の場合 腎機能検査 (検査日 年 月 日) | | |
| | Cr値(mg/dl)又はeGFR値() | | |
| 提供資料 | 画像データ ・ 検査結果 ・ その他() | | |

◆患者情報

| | | | | |
|-------|-----------------------------------|-------|-----------------------------|-----|
| 受診歴 | <input type="checkbox"/> あり | ID | <input type="checkbox"/> なし | |
| フリガナ | | | 性別 | 男 女 |
| 患者氏名 | | | | |
| 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日 | 年齢 | 歳 | |
| 電話番号 | 自宅 | | 携帯 | |
| 受診希望日 | <input type="checkbox"/> いつでも可 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 希望あり第1希望 | 年 月 日 | 曜 | : |
| | 第2希望 | 年 月 日 | 曜 | : |
| | 第3希望 | 年 月 日 | 曜 | : |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

◆ 保険の種類 保険診療 労災 自賠 生活保護 自費

愛媛生協病院 地域連携室(医療福祉相談室)
〒791-1102 愛媛県松山市来住町1091-1
TEL (089)976-7001(代) (089)961-4238(直)
FAX (089)976-7048(直)