

受診/検査 予約申込書

平成 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	
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			
患者氏名		性別	男 女
生年月日	M・T・S・H 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 :
	<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 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)