

診療情報提供書 兼 受診予約申込書

緊急

送信先 (送信日 年 月 日)

送信元

松山赤十字病院 科
先生 御侍史

医療機関名
所在地
電話番号 ()
FAX 番号 ()
医師氏名

印

フリガナ		性別	旧姓	受診歴	有 ・ 無
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() 午前・午後 時頃		
電話			② 年 月 日() 午前・午後 時頃		
携帯			③ 年 月 日() 午前・午後 時頃		
傷病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 検査 (<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> CT 造影(要 ・ 不要) <input type="checkbox"/> MRI 造影(要 ・ 不要) <input type="checkbox"/> 他)				
既往歴					
病状経過 治療経過	医療放射線被ばくに関する説明と同意 (有 ・ 無) ※ CT・PET-CT・RI 検査の際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	<input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他				

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 (<input type="checkbox"/> 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 ()								

※ 平日、午前 8 時 30 分～午後 5 時までの FAX 受付分は当日に診療予約受付票を返信いたします。
午後 5 時以降の FAX 受付分については、翌日の返信となります。

地域医療連携室【TEL 089-926-9527】【FAX 089-926-9547】