

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

医師に連絡済 (上記医師と同じ 医師名)

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		
			(1. 上記日時を希望 2. いつでも可)		
			<input type="checkbox"/> 現在患者さんがお待ちです。		

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)

A D L 車イス ストレッチャー 酸素 有・無 来院方法 救急車 自力 付き添い 有 ()・無

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 画像データ 心電図記録 検査結果 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 4 時 30 分までの 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 4 時 30 分以降の 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】