

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
	医療機関名
松山赤十字病院	所在地
科	
先生 御侍史	電話番号 ()
	FAX 番号 ()
☐ 医師に連絡済 (☐ 上記医師と同じ ☐ 医師名)	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			
			(1. 上記日時を希望 2. いつでも可)			
			☐ 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					

※ 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。
保険証の記号・番号は、保険情報のコピーでも結構です。
地域医療連携室【TEL 089-926-9527】【FAX 089-926-9547】