

# 診察・検査予約申込書

\*FAX申し込みの同日の診察(検査)は、予約できません。直接ご希望の診療科外来の医師にご相談ください。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

※ スタンプでも結構ですが、申し込み医氏名・電話およびFAX番号を必ずご記入ください。

医療機関名: \_\_\_\_\_ (市立宇和島病院処理欄)

申し込み医: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ 予約日時 \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_ 予約項目 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 旧姓( \_\_\_\_\_ ) 当院受診歴( 有・無 )

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_\_ 歳 ( 男・女 )

患者住所 (県内・市内の場合は、県・市を省略して結構です)

TEL \_\_\_\_\_

保険者番号	____	公費負担者番号	____
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	____	公費負担医療の受給者番号	____
資格取得日 年 月 日	____	有効期限 年 月 日	____
被保険者との続柄	本人・家族	公費負担者番号	____
ふりがな 被保険者名	続柄	負担割合	公費負担医療の受給者番号
	割	割	

1. 紹介診察予約: ご希望の診療科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師  
 症状・病名(仮のもので結構です) \_\_\_\_\_

ご希望の受診日 第1希望 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( )  
 第2希望 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( )

診療内容のご希望など: 入院治療(至急・通常)、診察(検査を含む)のみ

2. 検査予約: 症状・病名 \_\_\_\_\_

ご希望の検査項目(丸で囲んでください): 上部消化管内視鏡、腹部エコー、\*核医学検査、CT、MRI

(\*CT・核医学検査依頼の場合、  
診療情報提供書に、医療被ばくに対する説明と同意の有無の記載をお願いします。)

検査する部位 \_\_\_\_\_ 造影剤使用( 有・無 ) 腎障害( 有・無 )  
 アレルギー歴( 有・無 ) \*心臓核医学検査については、直接循環器科科長にご連絡ください。  
 3ヵ月以内のクレアチニン検査日( \_\_\_\_\_ ) 検査値( \_\_\_\_\_ )  
 検査日程( 至急・通常 ) 受診が困難な日 \_\_\_\_\_

コメント欄 (その他、特記事項がありましたらご記入下さい)

お手数ではございますが、診療情報提供書をお書き頂きますようお願い申し上げます。  
 市立宇和島病院 医事課医事係 TEL: 0895-26-6550、FAX: 0895-26-6560  
 受付時間は診療日(平日)の8時30分~16時30分です(以外の時間帯は翌診療日の返答となります)。