診察・検査予約申込書兼診療情報提供書

年　　月　　日

※FAX申込みの同日診察（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。

市立宇和島病院　　送信元　医療機関名

科　　電話番号

FAX番号

先生御侍史　　医師名　　科　　印

フリガナ		性　別	受診歴	□有・□無	旧　姓	
患者氏名		□男　・　□女	ご希望の診察日			
生年月日	年　月　日（　歳）		第1希望	年	月	日
住　所	〒		第2希望	年	月	日
			第3希望	年	月	日
電話番号			受診困難な日			
携帯電話			□入院中　・　□外来中			

紹介目的　□精査　・　□加療　・　□転院

検査（□MR　・　□RI　・　□CT　・　□エコー　・　□胃カメラ）　検査部位（　　）

造影剤使用（□有　・　□無）　腎障害（□有　・　□無）アレルギーの有無（□有＿＿＿＿・□無）

※RI検査とCT検査については医療被ばくに対する説明と同意が必要となります。（同意　□有・　□無）

※造影剤使用の場合はクレアチニン値と検査日も合わせてご記入ください（　　）

傷病名：

症状経過および治療経過

※診療情報提供書は貴院の書式を用いていただいても構いません。

処方内容

保険番号		公費負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
負担割合	□1割　□2割　□3割	公費負担者番号	
被保険者との続柄	□本人　・　□家族	受給者番号	

※受付時間は診察日（平日）の8時30分～16時30分です。（16時30分以降はよく診療日の返答になります）

※この診療情報提供書に記載されている個人情報は紹介目的のために使用し、他の目的には使用しません。

市立宇和島病院　医事課　医事係　TEL：0895-26-6550、FAX：0895-266560