

(様式1)

診療情報提供書(紹介状) 兼 外来予約申込書

地域医療連携室 宛 FAX (0897) 31-7051

令和 年 月 日

愛媛県立新居浜病院

医療機関名

所在地

TEL () -

FAX () -

医師名

㊞

科

先生

連絡担当者 ()

紹介患者	ふりがな		旧性	性別	受診歴
	氏名			男・女	有・無
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			
	住所		TEL		
紹介目的	1. 診療 2. 検査 ※CT・MRIについては別紙申込み用紙を使用して下さい				
希望日時	① 年 月 日 () 時頃		② 年 月 日 () 時頃		
	1. 上記日時を希望 2. いつでも可 3. なるべく早め				
身長 () cm 体重 () kg					
① 傷病名					
② 既往歴及び家族歴					
③ 症状経過・治療経過及び検査結果					
④ 現在の処方等					

保険情報	被保険者氏名		保険者番号							
	記号・番号				本人・家族					
	資格取得日	年 月 日		有効期限	年 月 日					
	公費負担者番号									公費負担医療の受給者番号
	医療受給者証の一部負担金割合			1 割 ・ 2 割						