受診・検査予約申込書

FAX　0895-72-1361　　（様式1）

発信日時　　月　　日　　時　　分

愛媛県立南宇和病院
地域医療連携室　宛

紹介元医療機関

医師名

TEL（　　）　　ー
FAX（　　）　　ー

ふりがな							
患者氏名	様					男・女	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	（　　歳）	職業	
住所					電話番号（　　）　ー		

希望日時	第一希望	年	月	日	（　）曜日	午前・午後	時	分頃
	第二希望	年	月	日	（　）曜日	午前・午後	時	分頃

診療科名　　科	検査の内、内視鏡の場合は紹介先科名を、MRIまたはCTの場合は放射線科と記入	（特に医師を指名する場合は記入） 医師名

紹介目的
- 外来診療　（主症状：　　）
- 内視鏡検査　（胃）　（大腸）
- 放射線科検査　（MRI）　（CT）　（検査の部位：　　）

（　　のアレルギーがある ・ なし）（腎機能障害がある ・ なし）

※（注　外来診療、内視鏡、放射線のいずれかに○、検査は種別（　）を○で囲んで下さい）　（部位も記入願います）

県立南宇和病院受診歴　有 ・ 無　　ID番号 □□□□□□□

（おわかりの場合、番号を御記入下さい）

保険情報記入欄（保険証のコピー貼付可）

保険者番号			公費負担者番号	
被保険者・被保険者手帳 記号　番号　枝番	・　－		公費負担医療の受給者番号	
資格取得年月日　年　月　日　有効期限　年　月　日			公費負担者番号	
被保険者氏名	続柄	割合　割		
保険者 所在地			公費負担医療の受給者番号	
保険者 名称			備考	
勤務先 所在地				
勤務先 名称				

予約受付時間　8:30～16:00（以外の時間帯は翌診療日の返答になる事もあります）