

JCHO宇和島病院 診察検査依頼票

※当日受診(診察)依頼の場合はご希望の診療科外来へ直接ご連絡下さい。

年 月 日

紹介元医療機関名:

申し込み医師名:

FAX:

TEL:

フリガナ _____	当院受診歴(あり・なし) _____
患者氏名 _____	当院カルテ番号 _____
生年月日 _____	歳 (男・女) _____
患者住所 〒 _____	TEL _____

紹介依頼内容	診察のみ、検査のみ、検査・診察、栄養指導		
ご希望の診療科	_____科	_____	医師
症状・病名(仮のもので結構です)	_____		
希望日	第1希望	_____年 _____月 _____日 ()	
	第2希望	_____年 _____月 _____日 ()	
特記事項	_____		
希望検査内容	_____		
CT 部位	_____	造影(あり・なし)	
MRI 部位	_____	造影(あり・なし)	
その他	_____		
※造影検査の場合はクレアチニン値と検査日をご記入下さい。			
クレアチニン()		検査日()	

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	.			受給者番号	
資格取得日	_____年 _____月 _____日 ()			公費負担者番号	
有効期限	_____年 _____月 _____日 ()			受給者番号	
被保険者との続き柄	本人	・	家族	公費負担者番号	
フリガナ		続柄	負担割合	受給者番号	
被保険者名			割		

※お手数ではございますがFAX送信後必ず電話で御一報ください。

※予約の場合は診療情報提供書をお書き頂きFAX送信していただきますようお願い申し上げます。

※造影検査の方は、検査当日クレアチニン値のわかる検査データを診療情報提供書と併せてお持ち下さい。

JCHO宇和島病院 地域連携室

TEL:0895-22-5616(内線1670) FAX:0895-23-3825