

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 (なし ・ あり ・ ダイナミック)
MRI 部位	_____ 造影 (なし ・ あり ・ ダイナミック)
その他	_____
※造影検査の場合はeGFR値と検査日をご記入下さい。	
eGFR値()	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		

※予約の場合は診療情報提供書を事前FAX送信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eGFR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。