

愛媛労災病院受診(診療・検査・入院)依頼票 (FAX専用)

平成 年 月 日

<b>発信元</b>
医療機関名
医師氏名
電話番号
FAX番号

**送付先**

愛媛労災病院 地域医療連携室  
 専用TEL (0897)33-6199  
 専用FAX (0897)33-6198

受診希望科 \_\_\_\_\_ 科 (医師名)

受診希望日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日 \_\_\_\_\_ 時頃

都合の悪い日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日

フリガナ				男・女
患者氏名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日(才)
TEL				
住所				
患者様の症状・病名等を簡単にご記入下さい (紹介状を添付いただいても結構です)				

健康保険	保険者番号	記号	番号	続柄
1.国保 2.政府管掌 3.組合・その他				本人 家族
公費				本人
後期高齢者医療 7割・9割		/		本人 家族

ご記入いただければ事前にカルテを作成してお待ちいたします。

貴院のカルテ表紙をFAXしていただいても結構です。よろしくお願いいたします。