

# 診察・検査予約申込書

西予市立西予市民病院

令和 年 月 日

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師

医療機関名: \_\_\_\_\_

第1受診希望日	令和	年	月	日
第2受診希望日	令和	年	月	日

所在地: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

当院の受診歴	有	・	無				
ID番号							

FAX番号: \_\_\_\_\_

医師名: \_\_\_\_\_

## 患者様の情報

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日	歳
住所	(〒 - )		電話番号	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院(至急・通常) <input type="checkbox"/> その他( )			
検査項目	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他( )			
	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <b>⇒ 検査は、原則内科医師の診察後の予約となります。</b>			
	検査部位( ) 検査日程(至急・通常)   アレルギー歴: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   腎障害: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
傷病名(仮のもので結構です)				
《病状経過・治療経過》 (診療情報提供書添付でも可)				
現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照			

※事前のカルテ作成に必要ですので、記入をお願いいたします。

## 医療保険情報

保険者番号								負担割合	1割	2割	3割		
記号・番号								公費負担者番号					
被保険者氏名								本人・家族	受給者番号				
資格期間	取得								年 月 日	公費負担者番号			
	有効								年 月 日	受給者番号			

※下記以外の時間帯は、翌診療日または休み明けの返信とさせていただきます。

※当日受診希望の場合は、各診療科へ直接お電話ください。

**予約受付時間 (平日) : 午前 8 時 30 分～午後 4 時**

西予市民病院地域連携室    FAX : 0894-62-5576 (直通) / TEL : 0894-62-1121 (代表)