

# 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	旧姓：		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				
検査項目	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他( )				
	検査部位： 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				
	＊内視鏡検査は、原則内科医師の診察後の予約となります。 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査				
傷病名(仮のもので結構です)					
《病状経過・治療経過》 (診療情報提供書の添付でも可)					
＊申込時に必ずご記入ください。 ●発熱の有無 (□なし / □あり：                      日前～    ・    本日の体温：                      ℃)					
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の上、この用紙をFAXでお送りください。

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)