

①共同利用依頼書(FAX送付票)

愛媛医療センター 地域医療連携室 FAX:089-990-1896

年 月 日

【紹介元医療機関情報】

医療機関名	診療科	担当医師名
所在地	TEL	
	FAX	

【診療依頼内容】

希望日	第一希望 年 月 日( ) 午前・午後	□希望なし
	第二希望 年 月 日( ) 午前・午後	
	第三希望 年 月 日( ) 午前・午後	
依頼内容	<input type="checkbox"/> MRI(共同利用) ⇒ 読影レポート <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(別途費用が発生します) <input type="checkbox"/> 骨密度検査(共同利用) ⇒ CD-R <input type="checkbox"/> 持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送 MRI検査をご希望される場合は、別紙「検査依頼患者情報用紙」も一緒にご記入のうえ送信願います。 読影レポートをご希望された場合は、作成が出来次第FAXし、原本は郵送いたします。	

【患者基本情報】

紹介を頂いた患者様の診療録作成を来院前に準備させていただくための情報です。

患者情報は、診療録のコピーでも構いません。個人情報保護法の取り扱いとして十分留意いたします。

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒		
電話番号			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(診察券番号: )		
保険者番号	本人・家族	1割・2割・3割	
記号・番号	公費負担者番号		
被保険者氏名	公費受給者番号		

○受付時間は、平日8時30分から16時30分です(年末年始を除く)

○休日・時間外で申込があった場合は、翌診療日に予約をお取りし、予約票をお返しいたします。

愛媛医療センター 地域医療連携室 電話:089-990-1923 FAX:089-990-1896