



徳島大学病院FAX予約申込票

予約センター(患者支援センター内) FAX 0120-335979 TEL0120-131361

紹介元医療機関住所	〒		
紹介元医療機関名		FAX	
担当医氏名		TEL	

希望する診療科名		担当医師への連絡	受診希望日	① 月 日(曜日)
医師名		済・未		② 月 日(曜日)

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)
現住所	〒 ※電話番号 () -		
勤務先名	勤務先 () -		
徳島大学病院受診歴(歯科含む)	無・有 = <input type="checkbox"/> 登録番号 ()		旧姓・旧住所での受診歴がある際には、お電話にて確認を取らせていただく場合があります。ご了承ください。
今回の受診は・・・	交通事故・労災・どちらでもない	現在、他院に・・・入院中・入院中でない	
セカンドオピニオンですか？	いいえ・はい	セカンドオピニオンの場合、申し込み方法が異なります。 セカンドオピニオン外来 088-633-9654 へお電話ください。	

■ 紹介目的 (患者持参予定の項目に○を記入し※簡単な症状等を必ずご記入下さい。)

徳島大学病院宛	紹介状・画像CD等・フィルム・その他()
---------	-----------------------

■ 保険情報 (※保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。)

保険①	保険者番号		本人	家族	負担割合	開始日	年 月 日
	記号		番号			終了日	年 月 日
保険②	保険者番号		本人	家族	負担割合	開始日	年 月 日
	記号		番号			終了日	年 月 日

■ FAX受付時間 月~金 9:00~17:00 (土日祝、年末年始は除く)

受付時間内の受信分は、原則30分以内にお返事(予約受付票)をお送りします。高度画像診断の予約に関してはこの限りではありません。時間外・土日祝日・外来休診日は、翌日または休み明けのお返事となります。

※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。(急な休診時のご連絡等のため)

■ 折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんにお渡しくださいますようお願いいたします。

受診当日は、予約受付票・保険証等・紹介状(画像データCD)・診察券(徳島大学病院の診察券をお持ちの方)をFAX予約受付窓口にご持参ください。