



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 TEL:088-633-9106

紹介元 医療機関名		FAX	
担当医氏名		TEL	

希望する 診療科名		受診 希望日	必ず患者さんへ希望をご確認下さい。 □1週間以内 □1か月以内 受診希望曜日 月・火・水・木・金
医師名			
担当医師への 連絡の有無	無・有 = [医師] 月 日() 時 分 にて約束済み		

フリガナ		性別	男・女
患者氏名	(旧姓:)	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)
現住所	〒 - (旧住所:)		
電話番号	() -	日中連絡の取れる電話番号をご記入下さい。 (急な休診時のご連絡等のため。)	
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、 紹介元医療機関へお電話にて確認を取らせて いただく場合があります。ご了承下さい。	
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 の場合は、以下を選択して下さい。 患者さんの移動方法 【 車椅子・ストレッチャー・独歩 】		
セカンドオピニオン (自費)ですか?	いいえ・はい	保険適用外のセカンドオピニオン外来(1時間30,000円+税)をご希望の場合は、 当予約票に「セカンドオピニオン外来申込書」をつけてFAXして下さい。	

■ 紹介目的 (患者持参予定の項目に○を記入して下さい。)

徳島大学病院宛	紹介状・フィルム・その他 () 画像CD等 【 CT・MRI・XP (月 日 撮影分)】
※簡単な症状等を必ずご記入下さい。	

■ 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	保険者 番号						本 人	家 族	負担割合 割	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)

折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんに受診日時をお伝え下さい。なお、予約受付票は当日お持ちいただく必要はございません。

■ 受診当日は、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)をご持参の上、総合受付①初診・FAX予約窓口にて受付をして下さい。

■ *交通事故の場合は、全額自費となります。