

徳島大学病院 高度画像診断センターFAX予約票

■ FAX 0120-335-812

■ TEL 088-633-9106

紹介元医療機関住所	〒		
紹介元医療機関名		TEL	
担当医師名		FAX	

希望する検査	MRI・CT・RI(シンチ)	造影・単純	受診希望日	① 月 日(曜日)
部位				② 月 日(曜日)

■紹介目的（簡単な症状、連絡事項等をご記入ください。）

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 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			

■保険情報（※保険証のコピーをFAX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）

受付時間中の受信分は原則30分以内に予約受付票をお送りします。希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。時間外・土日祝日は、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、患者さんにお渡し下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・診察券（徳島大学病院の診察券をお持ちの場合）を、FAX予約受付窓口にご持参ください。