



徳島大学病院渡航外来FAX予約申込票

患者支援センターFAX予約室 FAX:0120-33-5979 TEL:088-633-9106

会社名		返信先 FAX	
出張者氏名		職場TEL	
出国先		渡航目的 赴任 ・ 出張 ・ 留学 その他()	
都市名			

フリガナ		性別	男 ・ 女
ローマ字表記		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令
患者氏名			年 月 日(歳)
現住所	〒 ※電話番号 () -		
緊急連絡先	TEL () -		
徳島大学病院受診歴 (歯科含む)	無 ・ 有 = 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。
今回の受診目的は … ワクチン接種希望 ・ 予防内服薬の処方 ・ 英文診断書の発行			
出国時期・期間	未定	年 月 日 ~ 年 月 日(年 ヶ月)	
来院希望日	なし	① 年 月 日()	② 年 月 日()

■ 他施設での接種状況 (該当する項目を○で囲み、ありの場合はワクチン名等ご記入下さい。)

他施設の予約状況	なし ・ あり (ワクチン名: , 接種予定日)			
他施設の接種状況	※渡航に際して、過去に予防接種を受けたことがある場合は、ワクチン名と接種日をご記入下さい			
	ワクチン名	回数	接種年月日	副反応の有無

■ 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)

なるべく余裕を持って出発の1ヶ月以上前にお申し込みください。

受付時間内の受信分は、1週間以内を目処に渡航外来診療担当医師から電話連絡し、予約日やワクチン等についてご相談いたします。予約日が決定しましたら、予約受付票を送付いたします。

※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)

■ 受診当日は、予約受付票・保険証・診察券(徳島大学病院の診察券をお持ちの方)・母子手帳をFAX予約受付窓口にご持参ください。