

徳島大学病院 高度画像診断センターFAX予約票

■ FAX 0120-335-979

■ 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	() -	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 = 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。ご了承ください。	
今回の受診は・・・交通事故*・労災・どちらでもない <small>*交通事故の場合は、全額自費となります。</small>		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】	

■保険情報

保 険 ①	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
保 険 ②	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)

受付時間内の受信分は原則当日にお返事をお送りします。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。

■ 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。