



# 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 = [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。
- 新型コロナウイルス感染拡大防止のため、別紙「体調チェック表」も併せてFAXをお願いいたします。

## 体調チェック表

患者氏名 ( )

		質 問
①	ある ない	「37.5℃以上の発熱」や「急に出るようになった咳」の症状がある
②	ある ない	「味がわかりにくい」または「においがわかりにくい」症状が出現した
③	ある ない	現在、県外から帰宅した同居人に発熱・咳などの症状がある
④	ある ない	現在、同居する人が自宅隔離を要請されている
⑤	ある ない	過去14日以内に、海外渡航歴がある 渡航期間: 月 日 ~ 月 日 まで 渡航先: 国名 ( ) 地域 ( )
⑥	ある ない	過去14日以内に、海外から帰国した人との接触がある
⑦	ある ない	過去14日以内に、県外への移動がある 都道府県名 ( )
⑧	ある ない	過去14日以内に、屋内で50人以上が集まる集会・イベントに参加したことがある

\* 上記設問に1つでも当てはまる場合は、**原則、受診予約をお取りすることができません。**新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、何卒ご理解、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

\* ただし、条件に当てはまる場合でも、**緊急・重症・特別な理由**で当院を強く希望される場合は、この限りではありません。