

徳島大学病院 高次脳機能障害支援センターFAX予約票

■ FAX 0120-33-5979

■ 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	

診療日	第2・4木曜日 午後	受診希望日	① 月 日 (曜日)
			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	() - ()	日中連絡のと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。ご了承ください。
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 】	
<small>*交通事故の場合は、全額自費となります。</small>			

■ 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)

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。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。

■ 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場合)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。

■ 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	本人または同居人(注1)が「37.5℃以上の発熱」や「急に出るようになった咳」等の新型コロナ感染症を疑う症状がある
②	ある ない	本人または同居人が新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者(注2)にあたる
③	ある ない	保健所から健康観察(自宅待機)するよう指示されている
④	ある ない	過去14日以内に、緊急事態宣言・まん延防止等重点措置が発令されている地域(注2)との往来がある
⑤	ある ない	過去14日以内に、緊急事態宣言・まん延防止等重点措置が発令されている地域(注2)に往来した人との濃厚接触(注2)がある
⑥	ある ない	過去14日以内に、海外渡航歴がある、または海外から帰国した人との濃厚接触(注3)がある

(注1)同居人:COVID-19検査(PCR,抗原定量等)を受け陰性の場合を除く

(注2)緊急事態宣言・まん延防止等重点措置が発令されている地域
流行状況により変更しております。最新の情報につきまして、当院ホームページに掲載しておりますのでご参照ください。また、予約センターでもご案内しております。

(注3)濃厚接触の定義
双方マスクなしで1m以内、15分以上。

* 上記設問に①～⑥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。