



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 <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】
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 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。

■ 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。

■ 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()

該当に○	質 問
①	本人または同居人(注1)が、吐き気、倦怠感や頭痛や喉の痛み、咳、鼻水、発熱、嗅覚味覚障害等の症状がある
②	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	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	過去7日以内に、当院の定める特別警戒地域(注3)への往来がある
⑤	過去7日以内に、当院の定める特別警戒地域(注3)に往来した人との濃厚接触(注2)がある
⑥	過去10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2)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)濃厚接触の定義:
双方マスクなしで1m以内, 15分以上。

(注3)当院の定める特別警戒地域
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は、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。

* 上記設問に①～⑥に該当のある場合は、主治医の判断で当日の診療を中止または延期する可能性があります。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。