

徳島大学病院 緩和ケア外来 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	
担当医氏名		FAX	

希望する診療科名	緩和ケア外来	受診希望日	月 日 (曜日)
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		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ください。(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	交通事故 ・ 労災 ・ どちらでもない ※交通事故の場合は、全額自費となります。		

■ 紹介目的(簡単な症状、連絡事項等をご記入ください)

--

■ 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、患者さんに受信日時をお伝えください。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、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ください。