



# 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:0120-33-5979 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。