



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 35,900円(税込))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。

■ 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。

徳島大学病院 高度画像診断センターFAX予約票

■ FAX 0120-335-979

■ 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	

希望する 検査	MRI・CT・RI(シンチ)	造影・単純	受診 希望日	① 月 日 (曜日)
部 位				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 】	

■ 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)

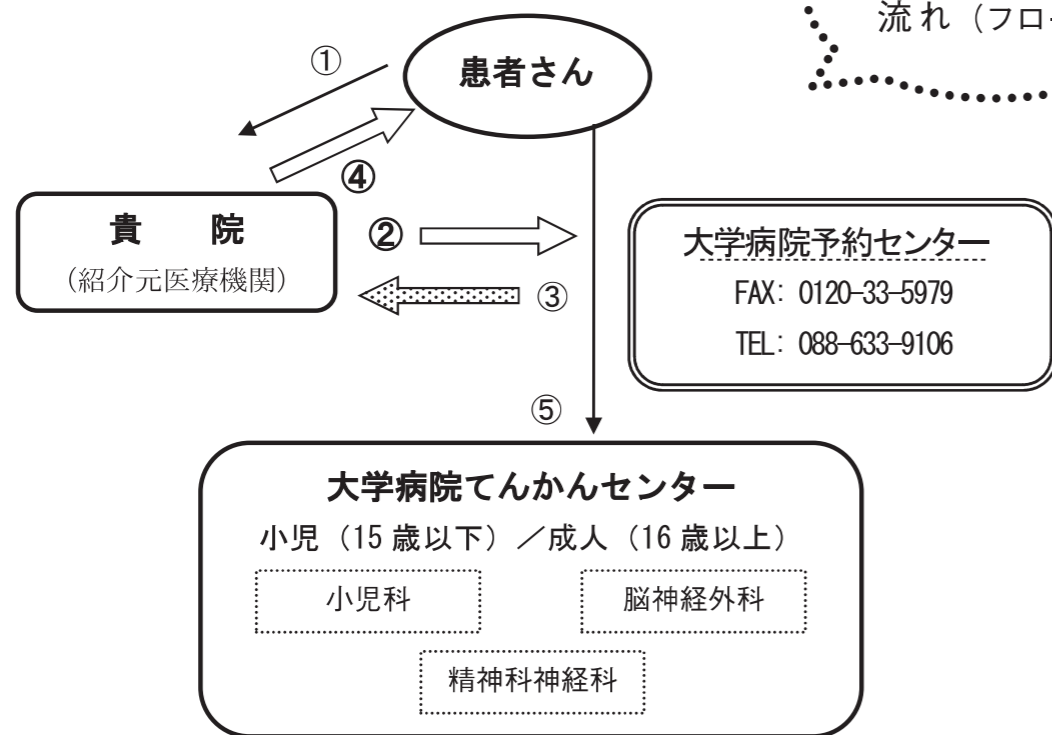
受付時間内の受信分は原則当日にお返事をお送りします。希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

■ 折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんにお渡し下さいますようお願いいたします。受診当日は、予約受付票・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場合)を、FAX予約受付窓口にご持参ください。

てんかんセンター予約方法のご案内

てんかんセンターでは、医師（小児科、脳神経外科、精神科神経科、脳神経内科、放射線科、リハビリテーション部）、臨床検査技師、看護師、言語療法士など様々な職種のスタッフが協力して、包括的な診療、治療、社会的支援に取り組んでいます。てんかんの診断に長時間ビデオ脳波モニタリングという入院して行う検査を行い、スタッフが定期的にカンファレンスを行います。チーム医療により、診断や治療方針を決定します。薬物による発作がコントロール困難である場合には外科的治療を検討します。

受診までの
流れ（フロー）



【 予約申込み等手順 】

- ① 患者さんが貴院に来院
- ② 貴院から大学病院予約センターにFAX予約申込み
☆「徳島大学病院 てんかんセンターFAX予約票」をご利用下さい。
(本院ホームページからPDFをダウンロードすることもできます。)
- ③ 大学病院予約センターから貴院へ予約確定のご連絡
※混雑時には確定ご連絡をお待たせする場合がありますので、ご了承ください。
- ④ 貴院から患者さんに予約確定の連絡
- ⑤ (患者さんが本院てんかんセンター診療科を受診)

徳島大学病院 てんかんセンター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	

希望する診療科 ○で囲み下さい	小児: 15歳以下: 月 - 金曜日(新患は木曜日のみ) 成人: 16歳以上: 精神科神経科(月曜日) 脳神経外科(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 = 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 】	

■ 保険情報

保険①	保険者番号		本人	家族	負担割合	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	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。

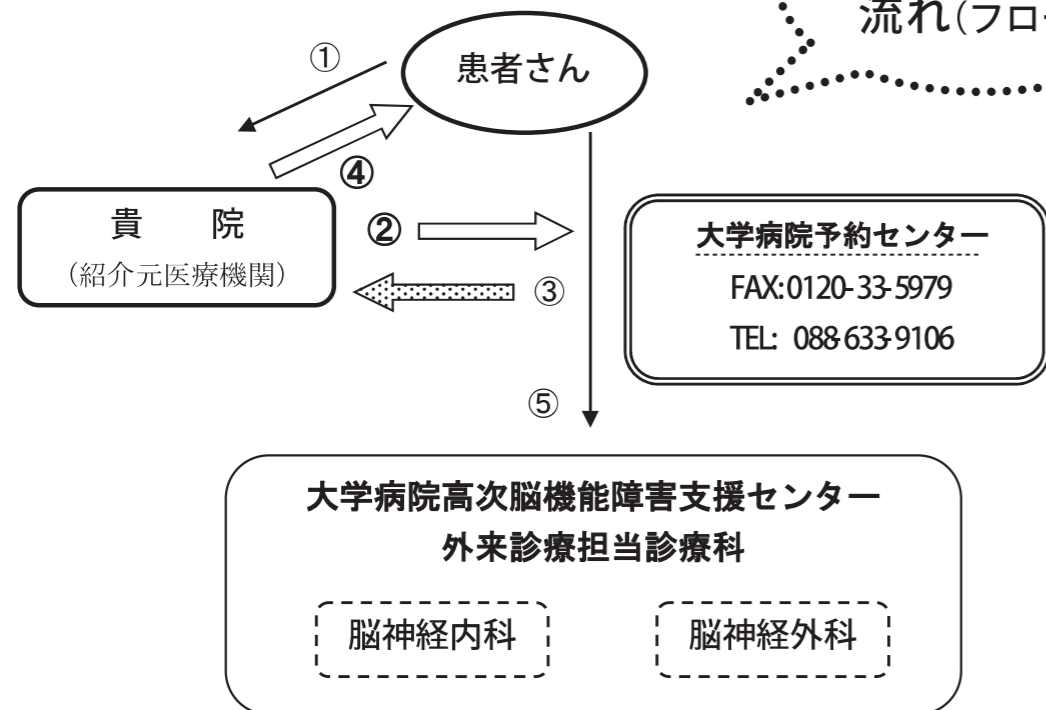
■ 受診当日は、保険証等、紹介状(画像データCD)、診察券(徳島大学病院の診察券をお持ちの場合)を、ご持参の上、総合受付①初診・FAX予約窓口にて受付して下さい。

高次脳機能障害支援センター予約方法のご案内

高次脳機能障害支援センターでは、医師（脳神経外科，脳神経内科，精神科神経科，リハビリテーション部），看護師，言語療法士など様々な職種のスタッフが協力して、診断や治療，社会的支援に取り組んでいます。

診断や治療方針を決定後は，院内外が多職種（地域医療機関や他の連携機関）と連携しながら，包括的な支援の取り組みを行います。

受診までの流れ(フロー)



【 予約申込み等手順 】

- ① 患者さんが貴院に来院
- ② 貴院から大学病院予約センターにFAX予約申込み
☆「徳島大学病院 高次脳機能障害支援センターFAX予約票」をご利用下さい。
(本院ホームページからPDFをダウンロードすることもできます。)
- ③ 大学病院予約センターから貴院へ予約確定のご連絡
※混雑時には確定ご連絡をお待たせする場合がありますので，ご了承ください。
- ④ 貴院から患者さんに予約確定の連絡
- ⑤ (患者さんが本院高次脳機能障害支援センター診療科を受診)

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 = 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 】	

■保険情報

保険	保険者番号	本人	家族	負担割合	開始日	年月日
①	記号	番号			終了日	年月日
②	保険者番号	本人	家族	負担割合	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)

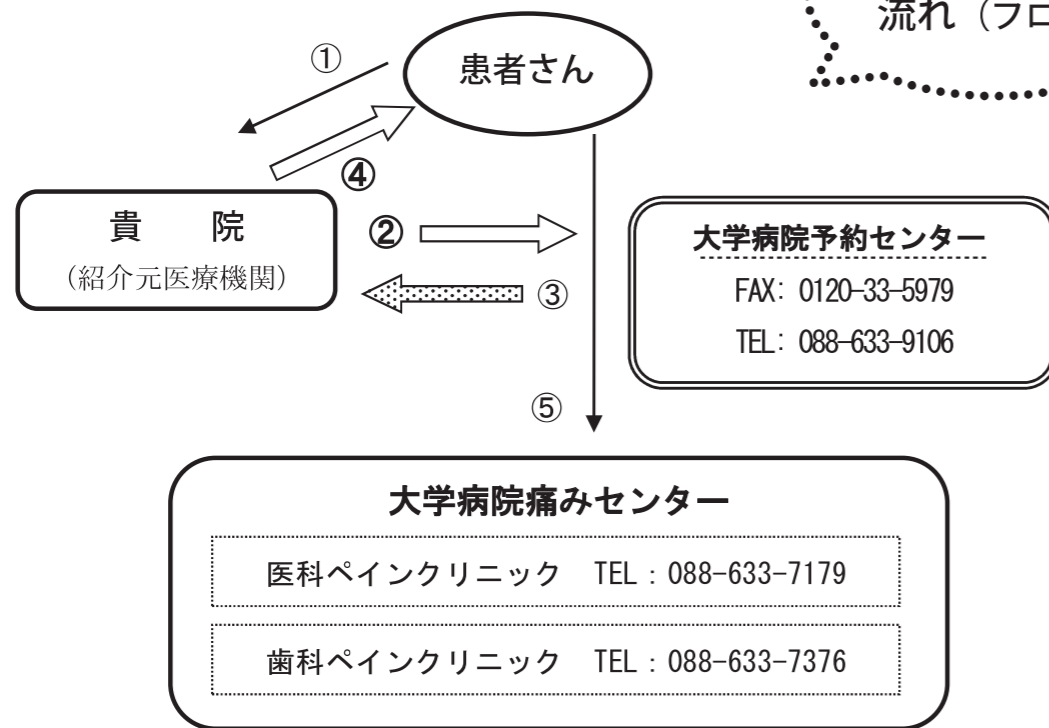
折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんに受診日時をお伝え下さい。なお、予約受付票は当日お持ちいただく必要はございません。希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

■ 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。

痛みセンター予約方法のご案内

痛みセンターでは、医師（ペインクリニック科、精神科神経科、整形外科、脳神経外科、脳神経内科、リハビリテーション部など）、歯科医師（ペインクリニック科、かみあわせ補綴科など）、看護師、臨床心理士、理学療法士など様々なスタッフが協力して診断や治療、生活支援を行っていきます。

受診までの流れ（フロー）



【 予約申込み等手順 】

- ① 患者さんが貴院に来院
- ② 貴院から大学病院予約センターにFAX予約申込み
☆「徳島大学病院 痛みセンターFAX予約票」をご利用下さい。
(本院ホームページからPDFをダウンロードすることもできます。)
- ③ 大学病院予約センターから貴院へ予約確定のご連絡
※混雑時には確定ご連絡をお待たせする場合がありますので、ご了承ください。
- ④ 貴院から患者さんに予約確定の連絡
- ⑤ 患者さんが本院痛みセンター診療科を受診

徳島大学病院 痛みセンター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	

希望する診療科 ○で囲み下さい	医科ペインクリニック (腰下肢痛、主に整形外科疾患):月曜日	受診希望日	① 月 日(曜日)
	歯科ペインクリニック (口腔顔面痛、その他全身の痛みなど):水曜日		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 = 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 】	

■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

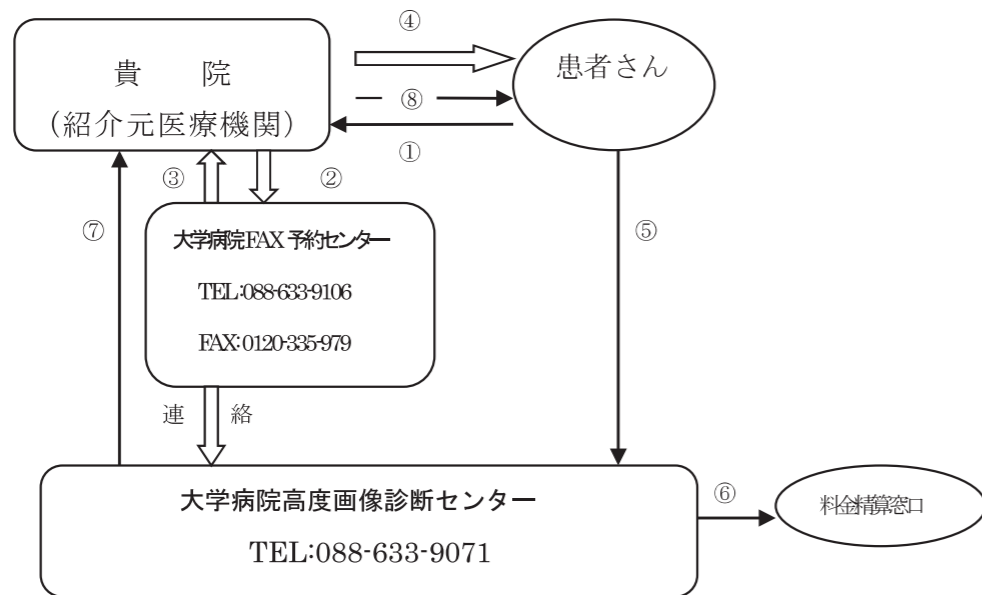
■ FAX受付時間 月～金 9:00～17:00（土日祝、年末年始は除く）

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予約窓口にて受付して下さい。

PET/CT検査のご案内

徳島大学病院高度画像診断センターでは、最新の陽電子放出断層撮影装置(PET)とX線コンピュータ断層撮影装置(CT)一体型の機器によるポジトロンCT(PET)検査の受付を開始し、地域の皆様に従来よりも更に信頼性の高い診断を提供していますので、どうぞご利用ください。



【 予約申込み等手順 】

- ①患者さんが、貴院に来院
- ②貴院から大学病院FAX予約センターに予約申込み
☆ 診察履歴提供書 (PET/CT検査依頼書) 使用
(本院ホームページからダウンロードするか、本案内のものをコピーして使用願います。)
- ③大学病院 FAX 予約センターから貴院へ予約確定の連絡
(※受付の混雑時に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。)
- ④貴院から患者さんに予約確定の連絡
- ⑤患者さんが大学病院に来院し、高度画像診断センターで撮影
- ⑥患者さんは会計窓口で料金精算後、ご帰宅
- ⑦後日、大学病院高度画像診断センターから貴院に対して画像 (CD-R)
ならびに読影結果及び診断情報提供書を送付
- ⑧貴院から患者さんに読影結果及び診断を説明

診療情報提供書 (PET/CT検査依頼書)

徳島大学病院 高度画像診断センターFAX 予約票 FAX 0120-335-979

TEL 088-633-9106

紹介元医療機関名		TEL	
担当医師名		FAX	

フリガナ				受診希望日	① 月 日 (曜日)
患者氏名				受診希望日	② 月 日 (曜日)
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女		
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させていただく場合があります。ご了承下さい。			
確定病名					
検査目的	悪性度評価 ・ 病期診断 ・ 再発診断 ・ その他 ()				
症状経過・既往歴(病変のサイズ・部位・病理診断など)					
検査部位	<input type="checkbox"/> 全身スキャン	頭部から大腿上部まで			
	<input type="checkbox"/> 局所スキャン	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 下肢
フィルム貸出	X線 枚 ・ MRI 枚 ・ CT 枚 ・ その他 (枚)				
患者情報	・体重 kg ・移動 車椅子 ・ 寝台 ・ 独歩可能 ・腫瘍マーカー () 異常の有無 有 ・ 無 ・施行した画像診断 CT ・ MRI ・ RI ・ US ・ その他 () ・感染症 SIS ・ HBV ・ HCV ・ HIV ・ MRSA ・ その他 ()	・手術経験 有 ・ 無 ・妊娠 有 ・ 無 (月) ・アレルギー 有 ・ 無 () ・授乳 有 ・ 無 ・糖尿病 有 ・ 無 ・閉所恐怖症 有 ・ 無			

■ 保険情報

保 険	保険者番号		本人	家族	負担割合	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)

受付時間内の受信分は原則当日にお返事をお送りいたします。受付の混雑時にはお返事が遅くなる場合があります。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ご返信となります。

