



# 徳島大学病院FAX予約申込票

地域医療連携センターFAX予約室 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		担当医師 への連絡	受診 希望日	① 月 日 ( 曜日)
医師名		済・未		② 月 日 ( 曜日)

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
現住所	〒 ※電話番号 ( ) -		
勤務先名	勤務先 ( ) -		
徳島大学病院受診歴 (歯科含む)	無・有 = <input type="text" value="登録番号"/> ( )		旧姓・旧住所での受診歴がある際には、 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・入院中でない	
セカンドオピニオン ですか？	いいえ・はい	セカンドオピニオンの場合、申し込み方法が異なります。 セカンドオピニオン外来 088-633-9654 へお電話ください。	

■ 紹介目的 (※簡単な症状等を必ずご記入下さい。)

■ 保険情報 (※保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。)

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15分以内にお返事(予約受付票)をお送りします。高度画像診断の予約に関してはこの限りではありません。時間外・土日祝日・外来休診日は、翌日または休み明けのお返事となります。

**※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。(急な休診時のご連絡等のため)**

■ 折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんにお渡しくだ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方)を医科のご予約の患者様はFAX予約受付窓口、歯科のご予約の患者様は歯科1F受付にご持参ください。