徳島赤十字病院　病診連携係　行　（FAX）0120－308-739

FAX受診検査予約申込書

カルテ準備のため、お手数ですが、
患者様情報をご記入の上、返信をお願いします。

（申込日）　　年　　月　　日

住所

医療機関名

医師氏名

TEL（　　）　　－

FAX（　　）　　－

＊FAXにて予約申込みをお願いいたします。
（TEL）0120-503-743
（FAX）0120-308-739

＊受診当日に予約票・紹介状・診察券・
マイナンバーカード（保険証）等をご持参下さい。

受診科:	循環器内科		
フリガナ		性別	男・女
患者氏名	様		
生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日	年令	歳
住所	〒		
TEL	自宅:	携帯:	
●現在・・・ 入院中・入院中ではない		●徳島赤十字病院 受診歴 □ 無・□ 有（患者番号:　　）	

※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。

検査名・部位	血管超音波検査 （頚動脈・腎動脈・下肢血管{動脈・静脈}）
希望日	①　　年　　月　　日　②　　年　　月　　日

【保険情報】

保険者証	保険者番号			公費負担番号	
	記号・番号	・		受給者番号	
被保険者				資格取得	年　月　日
資格取得	年　月　日			有効期限	年　月　日
有効期限	年　月　日				
事業所	名称		備考	（高齢者保険割合　　割）	
	所在地				