

F A X 受診予約申込書

- ◆ FAXについては、24時間受け付けております。(病診連携係FAX : 0120-308-739)
- ◆ ご予約のご相談、お返事に関しては、下記時間帯にて対応させていただきます。
 - ◎ 月～金 8:40～18:00 (土日祝、年末年始、5/1創立記念日は除く)
TEL : 0120-503-743 (病診連携係直通)
 - ※ なお、お急ぎの場合は下記時間帯にて対応しておりますが、医師に確認が必要な予約に関しては、当日お返事できない場合がありますので、ご了承ください。
 - ◎ 土曜日 9:00～16:00 (祝、年末年始、5/1創立記念日は除く)
TEL : 0885-32-2555 (代) FAX : 0885-34-0103
- ◆ 受診当日は、紹介状・お薬手帳・マイナンバーカード(保険証)・各種医療券等をご持参の上、外来棟2階「初診(紹介)」カウンターにて受付をお願いいたします。

診療科名				紹介元 医療機関名		
希望医師	<input type="checkbox"/> 無	(医 師)			医 師 名	
	<input type="checkbox"/> 有					<input type="checkbox"/> 希望医師に連絡済
	月 日 時 分で約束済			住 所		
受診 希望日	<input type="checkbox"/> 最短日を希望					
	第1希望	月	日 ()			
	第2希望	月	日 ()			
	第3希望	月	日 ()	T E L	()	—
	不都合な日 ()			F A X	()	—

徳島赤十字病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 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。			
フリガナ				男 ・ 女	明・大 昭・平 令	年 月 日 (歳)
患者氏名	(旧姓:)					
現住所	〒 — (旧住所:)					
電話番号	自宅: () —		携帯: () —			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書添付					
	※簡単な症状等を必ず記載してください。					
画像CD等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【CT・MRI・XP (年 月 日撮影分)】					
上部内視鏡検査希望の場合	<input type="checkbox"/> まず診察のみ希望 <input type="checkbox"/> 所見のみ回答希望 <input type="checkbox"/> 診察と検査同日希望 (※診察と検査は別の医師になります)					
患者状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		患者状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		

◆ 保険情報

保 険	保険者番号			公費負担番号		
	記号・番号・枝番			受給者番号		
該当あれば <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします		<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故				