**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**

**＊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。

（申込日）　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

住所

医療機関名

医師氏名

TEL　（　　　　　　）　　　　　　　－

FAX　（　　　　　　）　　　　　　　－

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。

|  |
| --- |
| 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 | 〒　 |
| T E L | 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 |  |