**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**

（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。

**＊電話での検査予約は、土・日・祝日を除く、**

**１７時まで受付いたします。**

**（TEL）0120-503-743**

（FAX）0120-308-739

＊受診当日に予約票・紹介状・保険証・診察券等を

ご持参下さい。

|  |
| --- |
| 受 診 日：　　　 　　　　 月　　　　 　　日　（　　 　　曜日） ［　午前　・　午後　］ |
| 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：　　　　　　　　　　　） |

**＊電話での検査予約が済まれていましたら**

|  |  |
| --- | --- |
| **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｝）** |
| **予　約　日** | **予約日時　　　　　月　　　　　日（　　　　　）　　午前　９　時** |

【下記に記入または保険証のコピー可】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 昭・平・令　　　　年　　　月　　　日 |
| 資格取得 | 昭・平・令　　　 　年　　月　　日 | 有効期限 | 令和　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 有効期限 | 令和　　　　　 　年　　月　　日 |
| 事業所 | 名　称 |  | 備考 | （高齢者保険割合　　　　　割） |
| 所在地 |  |