

徳島赤十字病院 病診連携係 行
 (平日FAX : 0120-308-739 土曜日FAX : 0885-34-0103)

F A X 受診予約申込書

- ・受診当日に紹介状・予約票・お薬手帳・保険証・各種医療券等を持参されるようご案内ください。
FAXで予約をお取り頂いた場合、必ず紹介状をご持参下さい。
 - ・FAX受付時間：平 日 午前8：30～午後6：00（土・日・祝・年末年始・5/1創立記念日は除く）
 土曜日 午前9：00～午後4：00（祝・年末年始・5/1創立記念日は除く）
- ※受付時間外のFAXは翌日以降の対応となりますのでご了承下さい。

(申込日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療科名		紹介元 医療機関名	
希望医師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 医師)	医師名	
医師同士の 連絡	<input type="checkbox"/> 希望医師に連絡済 (日時未定) <input type="checkbox"/> 月 日 時 分で約束済	住所	〒 _____
受診 希望日	<input type="checkbox"/> 希望無し	TEL	(_____) _____ - _____
	<input type="checkbox"/> 医師の判断により最短日を希望	FAX	(_____) _____ - _____
	第1希望 月 日 (_____)	<FAX予約に関するお問い合わせ> 平 日TEL : 0120-503-743 (病診連携係直通) 土曜日TEL : 0885-32-2555 (代表) ※救急を要する患者様の場合は、 0885-32-2555 (代表) にご連絡下さい。	
	第2希望 月 日 (_____)		
第3希望 月 日 (_____)			
不都合な日 (_____)			

徳島赤十字病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (患者番号： _____)	<input type="checkbox"/> 不明
フリガナ		男・女
患者氏名		明・大昭・平令
現住所	〒 _____	年 月 日 (_____ 歳)
電話番号	自宅： (_____) _____ - _____	携帯： (_____) _____ - _____
紹介目的 (症状・病名等)		
ADL	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	状況 <input type="checkbox"/> 貴院外来通院中 <input type="checkbox"/> 貴院入院中
電話での検査予約 がお済みでしたら	検査名 (_____) 予約日時： _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分	<input type="checkbox"/> 診察希望 <input type="checkbox"/> 所見のみ回答希望 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします)

◆保険情報 (保険証のコピーでも可)

保 険 者 証	保険者番号	_____	公費負担番号	_____
	記号・番号	_____	受給者番号	_____
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