

FAX受診申込書

徳島県立中央病院
認知症疾患医療センター

FAX番号
088-631-7130

希望する
外 来

希望外来に☑してください。

① 認知症専門外来

令和 年 月 日

希望医師：

当センターへ連絡済

月 日 (月・水・金)

② BPSD専門外来

令和 年 月 日

当センターへ連絡済

月 日 (木)

紹介元医療機関			
所在地及び名称			
電話番号 ()	-		
FAX番号 ()	-	担当科	科 医師名

◆ ご紹介患者様 当院の認知症専門外来受診歴 あり なし

フリガナ		性別	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者氏名		男・女		
現住所	県	市 郡	町 村	
	連絡先 () -			※必ず、ご本人・ご家族につながる番号を記入してください。
ご紹介目的、簡単な症状等をご記入ください。また、診療情報提供書の準備が出来ておりましたら合わせてご送付ください。				
同行者 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし 持参物 <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> その他()				

◆ 保険情報 ※保険証の記号・番号は、保険証のコピーでも結構です。

公費負担者番号		自己負担割合	保険者番号	
公費負担医療の受給者番号			被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
公費負担者番号		資格取得	年 月 日	
公費負担医療の受給者番号		被保険者との続柄 (本人・家族)		

◆ 入院情報

紹介元医療機関又は他医療機関・施設に入院・入所(している・していない)
入院料・施設入所区分()
※入院・入所している場合、入院料または入所施設区分をご記入ください。

◆ FAX受付時間 月～金 10:00～16:00(土日祝、年末年始は除く)