

徳島県立中央病院 患者支援センター行  
FAX番号 0120-631-715

様式第1号 FAX受診申込書

受診予約を申し込みます。受診の際は、診療状況の報告を希望します。

★FAX受付時間

平日・土曜日 午前8:30~午後5:00まで(受診日前日の場合は午後3:00まで)に送信してください。

受診希望日

緊急(本日中) \*速やかに応需体制の確認をいたします。返信までお待ちください。  
直ちに診察が必要な場合や、土、日、祝日は救急外来に直接電話連絡をお願いします。  
☎088-631-7151(代表)

① 令和 年 月 日( ) 時頃

② 令和 年 月 日( ) 時頃

来院方法 (  車椅子 ・  ストレッチャー )

◆ご希望の受診科左欄に○を入れ、希望医師があれば医師名をご記入ください(希望医師なく診療科予約であれば、早めの予約がお取りできる場合があります。)

<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 外科(消化器)	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 外科(乳腺・甲状腺)	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 放射線科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科	<input type="checkbox"/> 外科(胸部)	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	

希望医師:  無(早めの予約がお取りできる場合があります。) \*眼科(専用の申込書あり)  
 有(医師名: )  医師へ連絡済み \*CT・MRI、PET(専用の申込書あり)

紹介元医療機関  
所在地及び名称

電話番号 ( ) -  
FAX番号 ( ) - 担当科 医師名

◆ご紹介患者様 中央病院患者ID

フリガナ		性別	
患者氏名		生年月日	和暦 年 月 日 ( 歳 )
現住所	〒 - 県 市 郡 マンション名 号室 町 村		

連絡先 ( ) - ( ) - ( ) ※必ずご本人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下さい。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送付ください。

がん地域連携パス適用患者  セカンドオピニオン(※自費診療で料金10,280円となります。)を希望する

持参物  無  
 有→画像データ(  CT・ MRI・ PET-CT )、  画像フィルム

◆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。

自己負担割合	保険者番号						
割	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号						
資格取得年月日	昭和 年 月 日						
被保険者との続柄	( <input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 )						

公費負担者番号							
公費負担医療の受給者番号							
公費負担者番号							
公費負担医療の受給者番号							