令和　　年　　月　　日

送信枚数（本書含む　　枚）

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

★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

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。）

	呼吸器内科		血液内科		外科（胸部）		形成外科		皮膚科
	消化器内科		糖尿病・代謝内科		心臓血管外科		精神科		泌尿器科
	循環器内科		外科（消化器）		脳神経外科		小児科		耳鼻咽喉科
	脳神経内科		外科（乳腺・甲状腺）		整形外科		産婦人科		放射線科
希望医師：		□無（早めの予約がお取りできる場合があります。） □有（医師名：　　）□医師へ連絡済み				＊眼科　（専用の申込書あり） ＊CT･MRI、PET（専用の申込書あり）			

救命救急科

下記に電話してください。電話交換が出ますので救命センターへとご指定ください。
☎（088）631-7151（代表）

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　中央病院患者ＩＤ　□□－□□□□－□

フリガナ		性 別	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）
患者氏名		男・女		
現住所	〒□□□－□□□□　県　市郡　町村　マンション名　号室			
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　　□がんの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・平・令　　年　　月　　日	
被保険者との続柄（　本人　・　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	□□□□□□□

◆入院者情報

★紹介元医療機関又は他医療機関・施設等に入院・入所　（　している　・　していない　）

入院料・施設入所区分　〔　　〕

★入院・入所しているに該当した場合入院料または入所施設区分をご記入ください。