ＦＡＸ予約診療受付票　　令和　　年　　月　　日

紹介状・診療情報提供書

当日受診の場合は、あらかじめ医師への連絡をお願いいたします。TEL088-683-0011(代)

★以下の□にレ点を記載し、送信ください。

□ 通常受診予約、月～土までの 8:30～17:00 は、FAX 0120－683－681（地域医療連携室宛）
注） 17:00～翌朝 8:30 までに頂いた通常受診予約の FAX は、翌日予約票を返信いたします。

□ 時間外の受診、土日祝日の緊急時受診は、FAX 088-683-0018（救急室宛）

【紹介先】
徳島県鳴門病院
地域医療連携室 行

受診希望科　　科

医　師　名　　先生（医師の指定がある場合は記載願います。）

【紹介元】
医療機関名
所　在　地
TEL・FAX

医　師　名

受診希望日　①令和　　年　　月　　日　　（原則として午前中の診察となります。）
②令和　　年　　月　　日

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		記号・番号	
有効期限　　年　　月　　日		有効期限	年　　月　　日
生活保護 ・ 交通事故 ・ 労災	負担割合 1 割・2 割・3 割	被保険者氏名	
		資格取得	S・H・R　年　　月　　日

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男 女	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）
住　所		TEL

紹介目的	担当医師への連絡　未 ・ 済

傷病名・病状経過及び治療経過

来院の方法　：　救急車（消防署・病院）　・自家用車　・その他（　　）

移動の方法　：　徒歩　・　車椅子（介助要・自立）　・　ストレッチャー

現在入院していますか？(老健施設含む)：　はい ・ いいえ　　医療行為：無 ・ 有（　　）

来院時持参　：　画像 CD-R　・　フィルム　・　心電図記録　・　検査結果　・　その他