

徳島県鳴門病院・FAX受診予約申込書

(申込日) 令和 年 月 日

地域医療連携室宛

FAX 0120-683-681(県内医療機関)

FAX 088-683-1862(県外医療機関)

月～土 8:30～17:00(日祝・年末年始除く)

救急室専用FAX番号 088-683-0018

医療機関

医師

電話

FAX

★当日受診の場合は、事前に診療科医師へ連絡(088-683-0011)をお願いします。

★救急科への受診依頼の場合は、事前に救急科へ連絡(088-683-0011)をお願いします。

希望する 診療科名		担当医師 への連絡		①	月	日(曜日)
医師名		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	受診 希望日	②	月	日(曜日)

生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
フリガナ			
患者氏名			(歳)
現住所	〒		
TEL () -			

ご紹介目的、簡単な症状をご記入ください。また、診療情報提供書の準備ができておりましたら合わせて送付ください。

持参物	<input type="checkbox"/> 画像データ(<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI)	<input type="checkbox"/> 心電図記録	<input type="checkbox"/> 検査結果	<input type="checkbox"/> その他
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車(消防署・病院)	<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> その他	
移動方法	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
入院入所情報	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している	入院料・施設入所区分【 】	

【下記にご記入ください(保険証コピー可)】

保険 者証	保険者番号		公費負担番号	
	記号番号		受給者番号	
被保険者			資格取得	年 月 日
資格取得		年 月 日	有効期限	年 月 日
有効期限		年 月 日	備考	
生活保護・交通事故・労災		負担割合		
		1割 ・ 2割 ・ 3割		

※ FAX受付時間月～土 8:30～17:00 (日祝日・年末年始は除く)
 医師・検査等確認が必要な場合はお返事が遅くなる場合がございます。
 土曜日の一部の診療科、時間外、日祝日のFAXへのお返事は翌日または休み明けとなります。