

# 徳島大学病院 高度画像診断センターFAX予約票

■ FAX 0120-335-979

■ TEL 088-633-9106

紹介元医療機関住所	〒		
紹介元医療機関名		TEL	
担当医師名		FAX	

希望する検査	MRI・CT・RI(シンチ)	造影・単純	受診希望日	① 月 日( 曜日)
部位				② 月 日( 曜日)

■紹介目的（簡単な症状、連絡事項等をご記入ください。）

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
現住所	〒		
電話番号	( ) -	日中連絡の取れる電話番号をご記入下さい。 (急な休診時のご連絡等のため。)	
徳島大学病院受診歴 (歯科含む)	無・有 = <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">登録番号</span> ( )	旧姓・旧住所での受診歴がある際には、 紹介元医療機関へお電話にて確認を取らせて いただく場合があります。ご了承ください。	
今回の受診は・・・交通事故*・労災・どちらでもない <small>*交通事故の場合は、全額自費となります。</small>		現在、他院に入院中 の場合は、以下を選択して下さい。 患者さんの移動方法【 車椅子・ストレッチャー・独歩 】	

## ■保険情報

保 険 ①	保険者 番号					本 人	家 族	負担割合 割	開始日	年 月 日
	記号				番号				終了日	年 月 日
保 険 ②	保険者 番号					本 人	家 族	負担割合 割	開始日	年 月 日
	記号				番号				終了日	年 月 日

## ■ FAX受付時間 月～金 9:00～17:00 (土日祝、年末年始は除く)

受付時間内の受信分は原則当日にお返事をお送りします。希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

■ 折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんにお渡し下さいますようお願いいたします。受診当日は、予約受付票・保険証等・紹介状・診察券(徳島大学病院の診察券をお持ちの場合)を、FAX予約受付窓口にご持参ください。

■ 新型コロナウイルス感染拡大防止のため、別紙「体調チェック表」も併せてFAXをお願いいたします。

## 体調チェック表

患者氏名( )

該当に○	質 問
①	本人または同居人(注1)が「37.5℃以上の発熱」や「急に出るようになった咳」等の新型コロナ感染症を疑う症状がある
②	本人または同居人が新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者(注2)にあたる
③	保健所から健康観察(自宅待機)するよう指示されている
④	過去14日以内に、緊急事態宣言・まん延防止等発令地域への往来がある
⑤	過去14日以内に、緊急事態宣言・まん延防止等発令地域に往来した人との濃厚接触(注2)がある
⑥	過去14日以内に、海外渡航歴がある、または海外から帰国した人との濃厚接触(注2)がある

(注1)同居人:COVID-19 検査(PCR,抗原定量等)を受け陰性の場合を除く

(注2)濃厚接触の定義:  
双方マスクなしで1m以内, 15分以上。

\* 上記設問に①～⑥に該当のある場合は、主治医の判断で当日の診療を中止または延期する可能性があります。新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、何卒ご理解、ご協力くださいますようお願い申し上げます。