



# 徳島大学病院渡航外来FAX予約申込票

患者支援センターFAX予約室 FAX:0120-33-5979 TEL:088-633-9106

会社名		返信先 FAX	
出張者氏名		職場TEL	
出国先		渡航目的 赴任 ・ 出張 ・ 留学 その他( )	
都市名			

フリガナ		性別	男 ・ 女
ローマ字表記		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令
患者氏名			年 月 日( 歳)
現住所	〒	※電話番号 ( ) - ※E-mail	
緊急連絡先		TEL ( ) -	
徳島大学病院受診歴 (歯科含む)	無 ・ 有 = <input type="checkbox"/> 登録番号 ( )		旧姓・旧住所での受診歴がある際には、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。
今回の受診目的は …①ワクチン接種希望 ②予防内服薬の処方 ③英文診断書の発行 ④PCR検査 ⑤陰性証明書の発行			
出国時期・期間	未定	年 月 日 ~ 年 月 日( 年 ヶ月)	
来院希望日	なし	① 年 月 日( )	② 年 月 日( )

■ 他施設での接種状況 (該当する項目を○で囲み、ありの場合はワクチン名等ご記入下さい。)

他施設の予約状況	なし ・ あり (ワクチン名: , 接種予定日 )			
他施設の接種状況	※渡航に際して、過去に予防接種を受けたことがある場合は、ワクチン名と接種日をご記入下さい			
	ワクチン名	回数	接種年月日	副反応の有無

■ 保険情報

保 険	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)

なるべく余裕を持って出発の1ヶ月以上前にお申し込みください。

受付時間内の受信分は、1週間以内を目処に渡航外来診療担当医師から電話連絡し、予約日やワクチン等についてご相談いたします。予約日が決定しましたら、予約受付票(初診のみ)を送付いたします。

※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。(急な休診時のご連絡等のため)

■ 受診当日は、予約受付票・保険証・診察券(徳島大学病院の診察券をお持ちの方)・母子手帳をFAX予約受付窓口にご持参ください。

## 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。