

徳島大学病院 高次脳機能障害支援センターFAX予約票

■ FAX 0120-33-5979

■ 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	

診療日	第2・4木曜日 午後	受診希望日	① 月 日 (曜日)
			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	() -	日中連絡のと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 = <input type="checkbox"/> 登録番号 ()		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		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 】	
<small>*交通事故の場合は、全額自費となります。</small>			

■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)

折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんに受診日時をお伝え下さい。なお、予約受付票は当日お持ちいただく必要はございません。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。

■ 受診当日は、保険証等、紹介状(画像データCD)、診察券(徳島大学病院の診察券をお持ちの場合)を、ご持参の上、総合受付①初診・FAX予約窓口にて受付して下さい。