



徳島大学病院FAX予約申込票 (胎児超音波精密スクリーニング外来用)

予約センター(患者支援センター内) FAX:0120-335979 TEL:088-633-9106

紹介元 医療機関名		FAX	
担当医氏名		TEL	

希望する 診療科名	産科婦人科	受診 希望日	必ず患者さんへ希望をご確認下さい。 □1週間以内 □1か月以内 受診希望曜日 月・火・水・木・金
医師名			
担当医師への 連絡の有無	無・有 = [医師] 月 日 () 時 分 にて約束済み		

フリガナ		性別	男・女
患者氏名	(旧姓:)	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
現住所	〒 - (旧住所:)		
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 = [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。ご了承下さい。	
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 】		
胎児超音波精密 スクリーニング外来ですか？	いいえ ・ はい	胎児に異常がある、もしくは異常が疑われる場合は、従来通りの 外来紹介をお願いいたします。	

■ 紹介目的 (患者持参予定の項目に○を記入し、※分娩予定日、予約時の妊娠週数をご記入ください。)

患者持参予定項目 徳島大学病院宛	紹介状 ・ 説明同意書 ・ その他()
胎児超音波精密スクリーニング外来 希望 分娩予定日: 令和 年 月 日 FAX 送信日の妊娠週数: 週 日(受診日が妊娠 24~28 週になるようお願いいたします。)	

■ 保険情報 (※保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。)

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)

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。

■ 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方)をご持参の上、総合受付①初診・FAX 予約窓口 にて受付をして下さい。