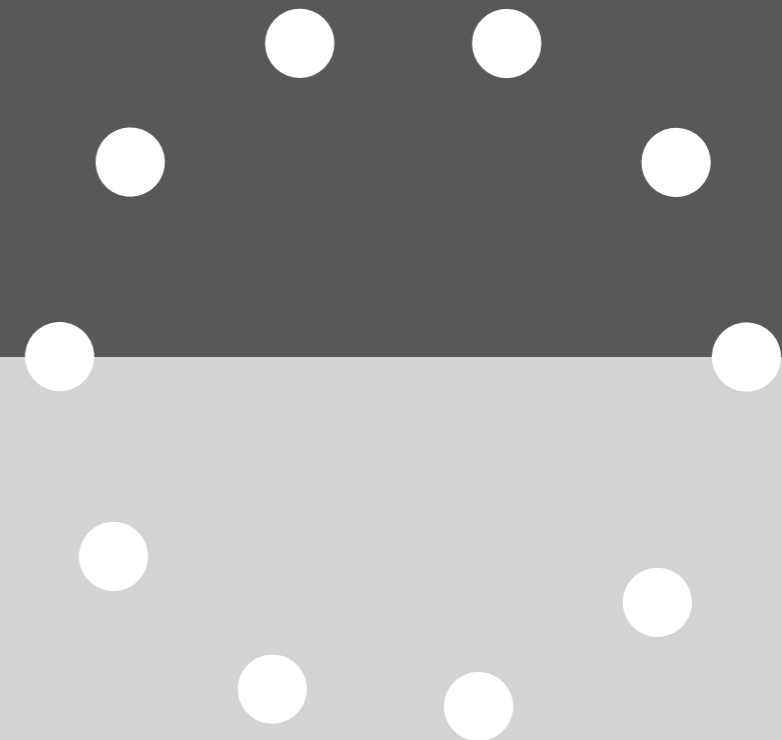


memo

徳島大学病院 2024

別冊 患者紹介方法



- P01 …… FAX 予約票
- P02 …… 高度画像診断センター FAX 予約票
- P03 …… てんかんセンター予約方法
- P04 …… てんかんセンター FAX 予約票
- P05 …… 高次脳機能障害支援センター予約方法
- P06 …… 高次脳機能障害支援センター FAX 予約票
- P07 …… 痛みセンター予約方法
- P08 …… 痛みセンター FAX 予約票
- P09 …… PET/CT 検査のご案内
- P10 …… PET/CT 検査依頼書
- P11 …… PET/CT 検査の保険適用要件確認表
- P12 …… メモ

 **徳島大学病院**
Tokushima University Hospital

770-8503 徳島県徳島市蔵本町2丁目50-1
Phone.088-631-3111 [案内]
Fax.088-633-7009
<https://www.tokushima-hosp.jp/>

Tokushima University Hospital
2-50-1 Kuramoto, Tokushima
770-8503, Japan
Phone.+81-88-631-3111
Fax.+81-88-633-7009
<https://www.tokushima-hosp.jp/>



徳島大学病院FAX予約申込票

予約センター(患者支援センター内) FAX:0120-33-5979 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		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	明・大・昭・平・令 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 <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 】		
セカンドオピニオン (自費)ですか?	いいえ・はい	保険適用外のセカンドオピニオン外来(1時間 30,000円+税)をご希望の場合は、 当予約票に「セカンドオピニオン外来申込書」をつけてFAXして下さい。	

■ 紹介目的 (患者持参予定の項目に○を記入して下さい。)

徳島大学病院宛	紹介状・フィルム・その他 () 画像CD等 【 CT・MRI・XP (月 日 撮影分) 】
---------	--

※簡単な症状等を必ずご記入下さい。

■ 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。

■ 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。

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 = [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 <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)

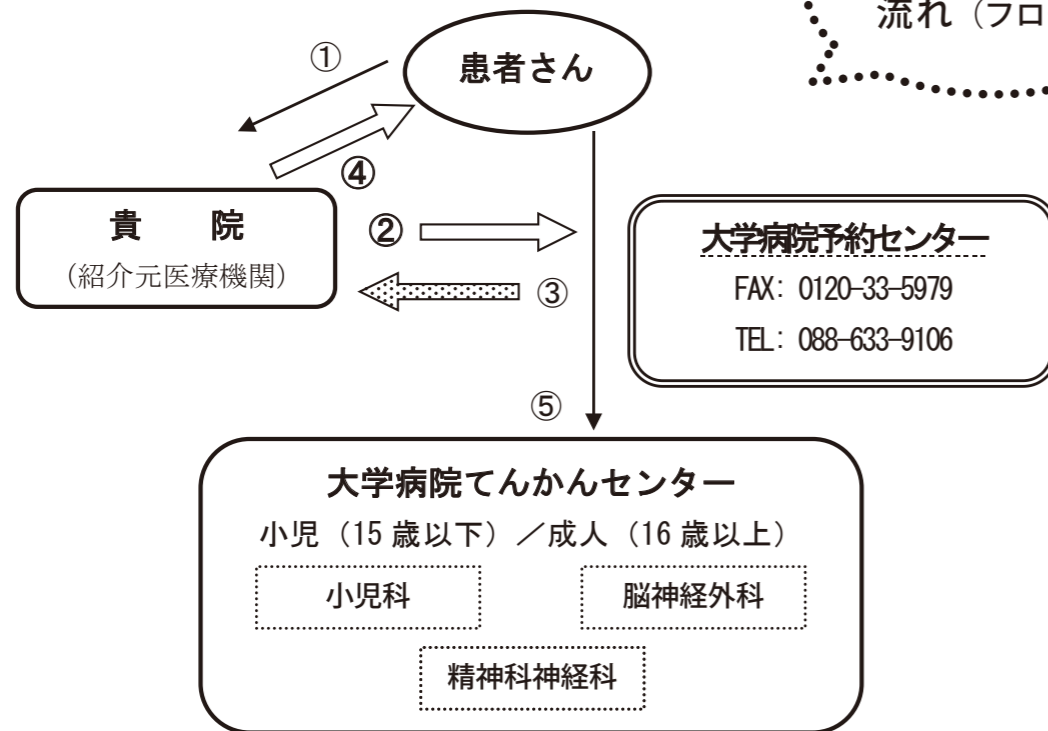
受付時間内の受信分は原則当日にお返事をお送りします。希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

■ 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。

てんかんセンター予約方法のご案内

てんかんセンターでは、医師（小児科、脳神経外科、精神科神経科、脳神経内科、放射線科、リハビリテーション部）、臨床検査技師、看護師、言語療法士など様々な職種のスタッフが協力して、包括的な診療、治療、社会的支援に取り組んでいます。てんかんの診断に長時間ビデオ脳波モニタリングという入院して行う検査を行い、スタッフが定期的にカンファレンスを行います。チーム医療により、診断や治療方針を決定します。薬物による発作がコントロール困難である場合には外科的治療を検討します。

受診までの流れ（フロー）



【 予約申込み等手順 】

- ① 患者さんが貴院に来院
- ② 貴院から大学病院予約センターにFAX予約申込み
☆「徳島大学病院 てんかんセンターFAX予約票」をご利用下さい。
(本院ホームページからPDFをダウンロードすることもできます。)
- ③ 大学病院予約センターから貴院へ予約確定のご連絡
※混雑時には確定ご連絡をお待たせする場合がありますので、ご了承ください。
- ④ 貴院から患者さんに予約確定の連絡
- ⑤ (患者さんが本院てんかんセンター診療科を受診)

徳島大学病院 てんかんセンター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	

希望する診療科 ○で囲み下さい	小児:15歳以下:月 - 金曜日 成人:16歳以上:精神科神経科(月曜日) 脳神経外科(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 =	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 】	

■ 保険情報

保険	保険者番号	本人	家族	負担割合	開始日	終了日
①					年 月 日	年 月 日
②					年 月 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。

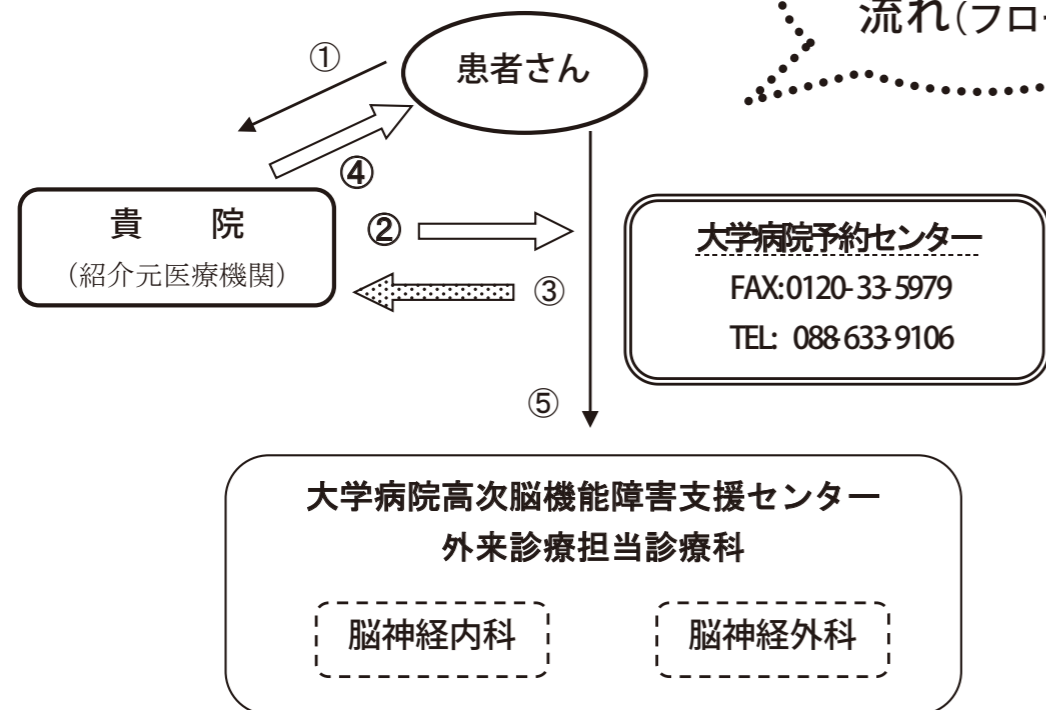
■ 受診当日は、保険証等、紹介状(画像データCD)、診察券(徳島大学病院の診察券をお持ちの場合)を、ご持参の上、総合受付①初診・FAX予約窓口にて受付して下さい。

高次脳機能障害支援センター予約方法のご案内

高次脳機能障害支援センターでは、医師（脳神経外科，脳神経内科，精神科神経科，リハビリテーション部），看護師，言語療法士など様々な職種のスタッフが協力して、診断や治療，社会的支援に取り組んでいます。

診断や治療方針を決定後は，院内外が多職種（地域医療機関や他の連携機関）と連携しながら，包括的な支援の取り組みを行います。

受診までの流れ(フロー)



【 予約申込み等手順 】

- ① 患者さんが貴院に来院
- ② 貴院から大学病院予約センターにFAX予約申込み
☆「徳島大学病院 高次脳機能障害支援センターFAX予約票」をご利用下さい。
(本院ホームページからPDFをダウンロードすることもできます。)
- ③ 大学病院予約センターから貴院へ予約確定のご連絡
※混雑時には確定ご連絡をお待たせする場合がありますので，ご了承ください。
- ④ 貴院から患者さんに予約確定の連絡
- ⑤ (患者さんが本院高次脳機能障害支援センター診療科を受診)

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 = 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 】	

■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)

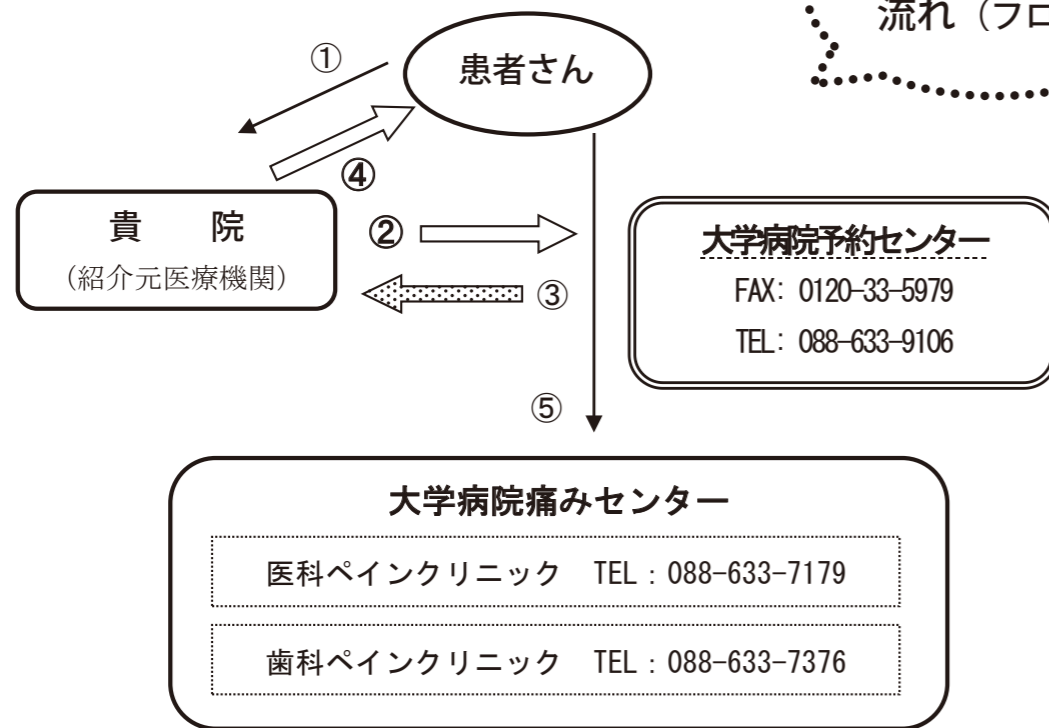
折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんに受診日時をお伝え下さい。なお、予約受付票は当日お持ちいただく必要はございません。希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

■ 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予約窓口にて受付をして下さい。

痛みセンター予約方法のご案内

痛みセンターでは、医師（ペインクリニック科、精神科神経科、整形外科、脳神経外科、脳神経内科、リハビリテーション部など）、歯科医師（ペインクリニック科、かみあわせ補綴科など）、看護師、臨床心理士、理学療法士など様々なスタッフが協力して診断や治療、生活支援を行っていきます。

受診までの流れ（フロー）



【 予約申込み等手順 】

- ① 患者さんが貴院に来院
- ② 貴院から大学病院予約センターにFAX予約申込み
☆「徳島大学病院痛みセンターFAX予約票」をご利用下さい。
(本院ホームページからPDFをダウンロードすることもできます。)
- ③ 大学病院予約センターから貴院へ予約確定のご連絡
※混雑時には確定ご連絡をお待たせする場合がありますので、ご了承ください。
- ④ 貴院から患者さんに予約確定の連絡
- ⑤ 患者さんが本院痛みセンター診療科を受診

徳島大学病院 痛みセンター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	

希望する診療科 ○で囲み下さい	医科ペインクリニック (腰下肢痛、主に整形外科疾患):月曜日	受診希望日	①	月	日(曜日)
	歯科ペインクリニック (口腔顔面痛、その他全身の痛みなど):水曜日		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 = 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 】	

■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

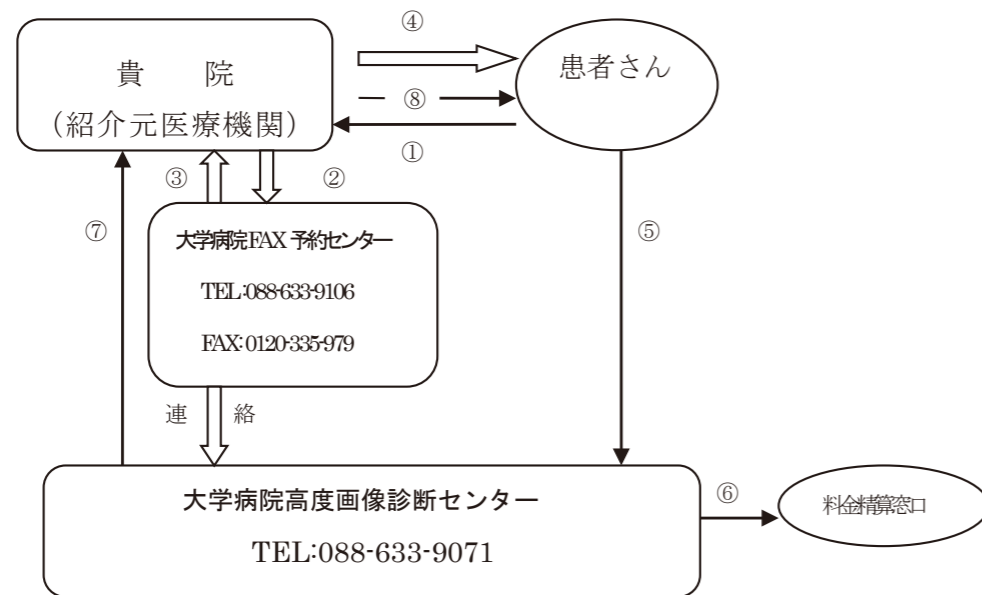
■ FAX受付時間 月～金 9:00～17:00（土日祝、年末年始は除く）

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。

PET/CT検査のご案内

徳島大学病院高度画像診断センターでは、最新の陽電子放出断層撮影装置(PET)とX線コンピュータ断層撮影装置(CT)一体型の機器によるポジトロンCT(PET)検査の受付を開始し、地域の皆様に従来よりも更に信頼性の高い診断を提供していますので、どうぞご利用ください。



【 予約申込み等手順 】

- ①患者さんが、貴院に来院
- ②貴院から大学病院FAX予約センターに予約申込み
☆ 診察履歴提供書 (PET/CT検査依頼書) 使用
(本院ホームページからダウンロードするか、本案内のものをコピーして使用願います。)
- ③大学病院 FAX 予約センターから貴院へ予約確定の連絡
(※受付の混雑時に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。)
- ④貴院から患者さんに予約確定の連絡
- ⑤患者さんが大学病院に来院し、高度画像診断センターで撮影
- ⑥患者さんは会計窓口で料金精算後、ご帰宅
- ⑦後日、大学病院高度画像診断センターから貴院に対して画像 (CD-R)
ならびに読影結果及び診断情報提供書を送付
- ⑧貴院から患者さんに読影結果及び診断を説明

令和 年 月 日

診療情報提供書 (PET/CT検査依頼書)

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

紹介元医療機関名		TEL	
担当医師名		FAX	

フリガナ			受診希望日	① 月 日 (曜日)
患者氏名			受診希望日	② 月 日 (曜日)
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女	
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とらせていただく場合があります。ご了承下さい。		
確定病名				
検査目的	悪性度評価 ・ 病期診断 ・ 再発診断 ・ その他 ()			
症状経過・既往歴 (病変のサイズ・部位・病理診断など)				
検査部位	<input type="checkbox"/> 全身スキャン	頭部から大腿上部まで		
	<input type="checkbox"/> 局所スキャン	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部
		<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 下肢	
フィルム貸出	X線 枚 ・ MRI 枚 ・ CT 枚 ・ その他 (枚)			
患者情報	・体重 kg ・移動 車椅子 ・ 寝台 ・ 独歩可能 ・腫瘍マーカー () 異常の有無 有 ・ 無 ・施行した画像診断 CT ・ MRI ・ RI ・ US ・ その他 () ・感染症 SIS ・ HBV ・ HCV ・ HIV ・ MRSA ・ その他 ()	・手術経験 有 ・ 無 ・妊娠 有 ・ 無 (月) ・アレルギー 有 ・ 無 () ・授乳 有 ・ 無 ・糖尿病 有 ・ 無 ・閉所恐怖症 有 ・ 無		

■ 保険情報

保 険	保険者番号		本人家族	負担割合	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いたします。受付の混雑時にはお返事が遅くなる場合があります。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ご返信となります。

別表「PET/CT 検査の保険適用要件確認表」

(病名及び具体的な理由を下の表によりそれぞれ該当するものについて確認してください。)

病 名	具体的な理由
<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者
<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者。ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限る。
<input type="checkbox"/> 大型血管炎 (高安動脈炎または巨細胞性動脈炎)	<input type="checkbox"/> すでに大型血管炎と診断のついている患者の、他の検査で病変の局在または活動性の判断のつかない方
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く。)	<input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者

上記の悪性腫瘍の場合、以下の6つのうち該当するものに必ずチェックをしてください。

- 治療前の病期診断
- 二段階治療を施行中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断。例えば、術前化学療法後、または、術前化学放射線治療後における、術前の病期診断、等。
- 転移・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断
- 手術、放射線治療などによる変形や瘢痕などのため他の方法では再発の有無が確認困難な場合
- 経過観察などから治療が有効と思われるにも拘わらず他の画像診断等で腫瘍が残存しており、腫瘍が残存しているのか、肉芽・線維などの非腫瘍組織による残存腫瘍なのか、を鑑別する必要がある場合
- 悪性リンパ種の治療効果判定（転移・再発診断の目的に該当するとの見解）

memo

memo

memo
