

様式第1号

徳島県立中央病院 地域医療センター行 FAX送信用 FAX番号 0120-631-715

FAX受診申込書

受診希望日 平成 年 月 日() 時頃 平成 年 月 日

◆ご希望の受診科に○印を入れ、御希望の医師があれば()内に医師名を記入してください。

内科 ()	小児科 ()	形成外科 ()
呼吸器科 ()	一般外科 ()	脳神経外科 ()
消化器科 ()	外科(消化器) ()	心臓血管外科 ()
循環器科 ()	外科(乳腺・甲状腺)()	皮膚科 ()
精神神経科 ()	外科(胸部) ()	泌尿器科 ()
放射線科 ()	整形外科 ()	産婦人科 ()
単純CT 部位()	耳鼻咽喉科 ()	救命救急科 ()
眼科 ()		

*救急の場合は、救命救急センター(電話088-631-7151)へ直接ご連絡いただければ幸いです。

紹介元医療機関
所在地及び名称

電話番号 _____
FAX番号 _____ 担当科 _____ 科 医師名 _____

◆ご紹介患者様 中央病院患者ID - -

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
現住所	〒 _____ TEL _____		

ご紹介目的、簡単な症状等をご記入下さい。また、診療情報提供書の準備が出来ておりましたら合わせて送付ください。

備考 中央病院医師に連絡済

来院時に持参される物 画像診断フィルム 心電図記録 検査結果 その他()

■徳島県カルテ情報地域共有システムの参加 患者様の同意有 貴院の患者番号 _____

◆保険情報 ☆保険証の記号・番号は、保険証のコピーでも結構です。

公費負担者番号	<input type="text"/>	負担割合	保険者番号	<input type="text"/>
公費負担医療の受給者番号	<input type="text"/>	割	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	<input type="text"/>
公費負担者番号	<input type="text"/>	資格取得	年 月 日 有効期限	年 月 日
公費負担医療の受給者番号	<input type="text"/>	被保険者との続柄(本人・家族)	継続の(有・無)	
		被保険者名	被保険者からの患者の続柄	

☆FAXは、平日午前8:30~午後5時までに送信してください。