



# 徳島市民病院 受診申込書

発信日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

緊急 ( 本日 )

医療機関名: \_\_\_\_\_

医師名: \_\_\_\_\_

準緊急 ( \_\_\_\_\_ 日以内診察希望 )

☎ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

FAX ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※緊急・準緊急の場合のみ☑してください。

※救急患者さんの場合のみ、救急担当医まで

**☎088-622-5216**

受診科	科	専門科	
		産科・婦人科 (どちらかに○印)	
受診医師名	医師		
受診希望日	① 月 日 ( 曜日 )	② 月 日 ( 曜日 )	
【紹介目的】			
移動方法: ( 独歩 ・ 車イス ・ ストレッチャー )			
来院方法: ( 救急車 ・ 自家用車 ・ その他 < _____ > )			
担当医師への連絡: ( 未 ・ 済 )			

## ●患者さん情報

紹介患者者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	性別	男・女					
	住所	☎ ( _____ ) _____										
主保険	保険者番号					本人	家族	負担割合	有効期限			
	記号	番号						0・1・2・3	令和 年 月 日			
公費	保険(公費負担者番号)								有効期限			
	受給者番号								令和 年 月 日			

※こちらのFAX用紙でご予約いただいた場合は、受診当日必ず診療情報提供書をご持参ください。