



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。