**徳島市民病院 地域医療連携室　行**　**FAX：０１２０－２０－５５８３　代表☎：０８８－６２２－５１２１**

 　　　**徳島市民病院 受診申込書**

発 信 日： 月 日

**□緊急（ 本日 ）**

**□準緊急（　　日以内診察希望）**

※緊急・準緊急の場合のみ☑してください。

医療機関名： 医 師 名：

☎（ ） －

FAX（ ） －

**※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 | 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０ ・ １ ・ ２ ・ ３ | 有　効　期　限令和　　　年　　　月　　　日 |
| 記号 |  | 番号 |  |
| 公費 | 保 　険　（　公費負担者番号　） |  |  |  |  |  |  |  |  | 有　効　期　限令和　　　年　　　月　　　日 |
| 受　　給　　者　　番　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**※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。**