

独立行政法人 国立病院機構 徳島病院 地域医療連携室行
 ☆FAX予約票 FAX番号0883-22-0703 (TEL0883-24-2161)

【紹介元】

診療科・医師名
 医療機関名
 所在地
 TEL・FAX

受診(入院)希望日 令和 年 月 日			
フリガナ		生年月日	
患者氏名	様 男・女	明・大・昭・平・令	年 月 日 (歳)
住所		TEL	
(いずれかに○をおつけ下さい)		外来診療	・ 入院診療
紹介目的			
受診希望科(医師名) (医師の指定がある場合にはご記載願います。)			
傷病名・症状経過及び治療経過(簡単に結構ですし、紹介状をFAX送信して下さっても結構です。)			
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・入院中でない	
ADL	: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助() <input type="checkbox"/> 全介助()		
認知症	: <input type="checkbox"/> 有り {徘徊・()} <input type="checkbox"/> 無し		
感染症	: <input type="checkbox"/> 有り {MRSA・()} <input type="checkbox"/> 無し		
来院の方法	: <input type="checkbox"/> 救急車(消防署・病院) <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他()		
受診時の要望事項	: <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
来院時持参	: <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他		
お手数ですがご記入下さい。			
公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の 受給者番号		記号・番号	
老人・高齢者負担割合	1割・2割・3割	有効期限	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 交通事故		被保険者氏名	
		資格所得	S・H・R 年 月 日

※FAXは、受診前日(土・日・祝日を除く)平日(午前8:30~午後4:30)までに送信して下さい。

※外来予約時間は午前9時より正午までとなります。

※予約完了後は「外来診療・入院診療受付のお知らせ」をFAX送信させていただきます。