



徳島市民病院 受診申込書

発信日： _____ 月 _____ 日

医療機関名： _____

医師名： _____

緊急 (本日)

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は、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	有効期限			
	記号	番号						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。