徳島市民病院　地域連携室　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

医療機関名：

医　師　名：

☎（　　）　　－

FAX（　　）　　－

□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。

※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　（どちらかに〇印）
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。