



徳島市民病院 受診申込書

☐ 緊急（本日）

発信日： 月 日

医療機関名： _____

☐ 準緊急（ 日以内診察希望）

住 所： _____

※緊急・準緊急の場合のみ☑してください。

医 師 名： _____

※救急患者さんの場合のみ救急担当医へ

☎（ ） —

FAX（ ） —

☎088-622-5216

受 診 科	科	専門科 産科・婦人科（どちらかに○印）
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 ・ その他く > ） 担当医師への連絡：（ 未 ・ 済 ）		

●貴院にて下記患者さんに今月、先月算定したものに✓をお願いします。

- ☐ C002 在宅時医学総合管理料 ☐ C002-2 特定施設居宅時医学総合管理料
☐ C003 在宅がん医療総合診療料 ☐ 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料除く)

●患者情報

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 1・2・3	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							

※このFAX用紙で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。