**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**

**□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へ

☎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＜　　　　　　　　＞　）**  **担当医師への連絡： （　未　・　済　）** | | | |

発　信　日：　　　　　　 月　　　　　　日

医療機関名：

住　　　所：

医 師 名：

☎（ ） －

FAX（ ） －

●**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  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。**