

徳島大学病院 てんかんセンターFAX予約票

■ FAX 0120-33-5979

■ TEL 088-633-9106

紹介元医療機関住所	〒		
紹介元医療機関名		TEL	
担当医師名		FAX	

希望する診療科 ○で囲み下さい	小児: 15歳以下: 火 - 金曜日 成人: 16歳以上: 精神科神経科(火曜日) 脳神経外科(木曜日午後)	受診希望日	①	月	日	(曜日)
			②	月	日	(曜日)

■紹介目的 (簡単な症状、連絡事項等をご記入ください。)

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日 (歳)
現住所	〒	※電話番号() -	
勤務先名		勤務先 () -	
徳島大学病院受診歴 (歯科含む)	無 ・ 有 = <input type="checkbox"/> 登録番号 ()	旧姓・旧住所での受診歴がある際には、お電話にて確認を取らせていただく場合があります。ご了承ください。	
今回の受診は ... 交通事故 ・ 労災 ・ どちらでもない			

■保険情報 (※保険証のコピーをFAXいただいても結構です。)

保 険 ①	保険者番号					本人	家族	負担割合	開始日	年 月 日
	記号				番号				終了日	年 月 日
保 険 ②	保険者番号					本人	家族	負担割合	開始日	年 月 日
	記号				番号				終了日	年 月 日

■ FAX受付時間 月 ~ 金 9:00 ~ 17:00 (土日祝・年末年始は除く)

受付時間中の受信分は原則30分以内に予約受付票をお送りします。希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。時間外・土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。(急な休診時のご連絡等のため)

■ 折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんにお渡し下さいますようお願いいたします。受診当日は、予約受付票・保険証等・紹介状・診察券(徳島大学病院の診察券をお持ちの場合)を、FAX予約受付窓口にご持参ください。