



徳島市民病院 受診申込書

発 信 日： _____ 月 _____ 日

※こちらのFAX用紙でご予約いた

医療機関名： _____

だいた場合は、受診当日必ず診療情報

医 師 名： _____

提供書をご持参ください。

☎ () -

FAX () -

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) 担当医師への連絡： (未 ・ 済)		

※ 救急を要する患者さんの場合は、☎088-622-5216の救急担当医まで、直接ご連絡お願い致します。

●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						0・1・2・3				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			

(保険証コピー添付可)