

外科アスベスト外来申込書

平成 年 月 日

フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日
住 所	〒 —
連 絡 先	※ 予約日決定したときに連絡しますので必ず記載願います。
自宅電話番号	() —
携帯電話	— —

業務等によりアスベスト(石綿)にさらされた可能性の有無について	☐ 有 ☐ 無
	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他 ()
	☐ 従事していた業種 []
	☐ その他 []

大学病院の受診の有無について	☐ 有 診察券の番号 (—)
	☐ 無

保険者番号		公費負担番号	
記 号 番 号		受給者番号	
被保険者氏名		本・家区分	本人 ・ 家族

※保険証は、予約当日に窓口提出願います。

受診希望日	第1希望	月 日	第2希望	月 日
-------	------	-----	------	-----

決 定 日	月 日	連 絡	
-------	-----	-----	--

1. 診療日は、木曜日の午後のみですので注意願います。
2. 診療は原則として自費診療となります。
3. 受診希望日の予約が多い場合は、第2希望日となることがありますので必ず第2希望日も記入願います。

高知大学医学部附属病院 地域医療連携室

FAX 088-880-2774

TEL 088-880-2773