# アスベスト外来申込書

令和　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| フ リ ガ ナ | |
| 氏　　名 | |
| 生 年 月 日 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　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<br>□ 本人　□ 家族　□ その他（　　）<br>□従事していた業種<br>〔　　〕<br>□その他<br>〔　　〕 |

| | |
|---|---|
| 大学病院の受診の有無について | □ 有　診察券の番号（　　—　　）<br>□ 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、予約当日に窓口に提出願います。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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　医療支援係予約センター
ＦＡＸ　０８８－８８０－２７７４
ＴＥＬ　０８８－８８０－２７７３