

紹介患者予約申込書(FAX用)

送信日 平成 年 月 日

紹介先医療機関名 高知赤十字病院 〒780-8562 高知市新本町2丁目13番51号 FAX: 0120-71-3608 / 088-822-1468 (フリーダイヤルは四国内からのみご利用いただけます)	紹介元医療機関名 (医師名)
受診科 _____ 科 _____ 先生 _____	送信部署 _____ 送信者 _____
受診希望日 平成 年 月 日 ()	FAX番号 _____ TEL番号 _____ (診療予約確認票を送信させていただきます) (FAX送信者の連絡先)
受診希望時間 _____ (放射線科の予約時間につきましては、お電話にて調整させていただきます。) <input type="checkbox"/> 8:45 ~ 10:00 <input type="checkbox"/> 10:00 ~ 11:00 <input type="checkbox"/> 11:00 ~ 12:00 <input type="checkbox"/> 希望時間なし	

フリガナ									
患者氏名	様	旧姓		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 (歳)		
患者住所 (〒 -)									
TEL () -				当院ID番号(受診歴のある方)					

病名・症状	※診療情報提供書ができあがり次第のFAXとなる場合は必ずご記入ください。									
保険種別	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 公費受給者証 (福祉等をお持ちの場合) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 保険未加入	来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車・公共交通機関等 <input type="checkbox"/> 寝台車 <input type="checkbox"/> 救急車	A D L	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
被保険者証	保険者番号									
	記号・番号									
	一部負担金	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割						
	資格取得日	年	月	日						
	交付年月日	年	月	日						
被保険者続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族								
	公費負担医療受給者証	負担者番号								
		受給者番号								
		有効期限	~							
		交付年月日	年	月	日					

診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 紹介患者予約申込書(当用紙)に添付してFAXします <input type="checkbox"/> できあがり次第FAXします	診療情報提供書(原本) <input type="checkbox"/> 当日患者さまが持っていきます <input type="checkbox"/> 郵送します
連絡事項	

高知赤十字病院 紹介患者受付

TEL: 0120-71-3607 または 088-871-3607 (フリーダイヤルは四国内からのみご利用いただけます)

受付時間 8:30~16:30(受診希望日の前日は16:00まで)

土日祝祭日及び受付時間以外にFAXいただいた場合は、翌診療日にご連絡いたします。