


# 糖尿病センター紹介患者予約申込書(FAX用)

送信日 平成 年 月 日

<b>紹介先医療機関名</b>  <b>高知赤十字病院</b> 〒780-8562 高知市新本町2丁目13番51号 <b>FAX:0120-71-3608 / 088-822-1468</b> (フリーダイヤルは四国内からのみご利用いただけます)  糖尿病センター 担当医 殿		<b>紹介元医療機関名</b> (医師名)	
受診希望日 平成 年 月 日 ( 金 )		送信部署	送信者
糖尿病センター診療日: 毎月第1、第2、第4、第5金曜日 受診時間 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。 (診療開始時間を11:30から13:45の間で調整)		FAX番号 (診療予約確認票を送信させていただきます)	TEL番号 (FAX送信者の連絡先)

フリガナ	旧姓	<input type="checkbox"/> 男	生年月日 年 月 日 ( ) 歳
患者氏名 様		<input type="checkbox"/> 女	
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"/> 公費受給者証 (福祉等をお持ちの場合)	来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車・公共交通機関等	ADL	<input type="checkbox"/> 自立
	<input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 労災		<input type="checkbox"/> 寝台車		<input type="checkbox"/> 車いす
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者	<input type="checkbox"/> 保険未加入		<input type="checkbox"/> 救急車		<input type="checkbox"/> ストレッチャー
被保険者証	保険者番号		公費負担医療受給者証	負担者番号		
	記号・番号			受給者番号		
	一部負担金	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		有効期限	~	
	資格取得日	年 月 日		交付年月日	年 月 日	
	交付年月日	年 月 日				
	被保険者続柄	本人 家族				

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(糖尿病センター)

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。