

# 関節リウマチ活動性評価外来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) 関節リウマチ活動性評価外来 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 (水)		送信部署	送信者
関節リウマチ活動性評価外来診療日：毎週水曜日 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13:10から16:10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	<input type="checkbox"/> 明治	年 月 日 ( ) 歳
患者氏名	様		<input type="checkbox"/> 女	月 日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
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。
-------	--------------------------------------

<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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー A D L
---	--	---	--

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(関節リウマチ活動性評価外来)

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 (原則、受診希望日の一週間前までにお申し込みください)

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。