


糖尿病センター紹介患者予約申込書(FAX用)

送信日 令和 年 月 日

紹介先医療機関名  高知赤十字病院 〒780-8562 高知市秦南町1丁目4番63-11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)	
糖尿病センター 担当医 殿		送信部署	
令和 年 月 日 (金)		送信者	
眼科診察 要 ・ 不要		FAX番号 (診療予約確認票を送信させていただきます)	
※ 糖尿病センター診療日：毎月第2、第4金曜日		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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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)			

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	A D L	<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。