

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	
受診希望日	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)	TEL番号 (FAX送信者の連絡先)
※ 糖尿病センター診療日 : 毎月第2、第4金曜日			

フリガナ		旧姓 様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	□大正 □昭和 □平成 □令和	年 月 日 ()歳
患者氏名						

患者住所	(〒 -)	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"/> 寝台車		<input type="checkbox"/> 救急車	<input type="checkbox"/> 車いす		
<input type="checkbox"/> 後期高齢者	<input type="checkbox"/> 労災					<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 保険未加入						
被 保 険 者 証	保険者番号			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	診療情報提供書(原本)
<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"/> 当日患者さまが持っていきます
<input type="checkbox"/> できあがり次第FAXします	<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。