


# 紹介患者予約申込書(FAX用)

送信日 令和 年 月 日

<b>紹介先医療機関名</b>  <b>高知赤十字病院</b> 〒780-8562 高知市秦南町1丁目4番63-11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)		<b>紹介元医療機関名</b> (医師名)	
受診科	科	先生	
令和 受診希望日 ① 年 月 日 ( ) ②		送信部署	送信者
		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"/> 大正	年	月	日	歳
患者氏名	様		<input type="checkbox"/> 女	月 日	<input type="checkbox"/> 昭和				
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。 ※診療科によっては、診療情報提供書をいただいてからの予約になる場合があります。									
	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				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

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。