

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)						
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		患者氏名		旧姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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たから予約になる場合があります。											
	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 公費受給者証 <input type="checkbox"/> 社会保険 (福祉等をお持ちの場合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保 <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											
	記号・番号											
	一部負担金	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割										
	資格取得日	年 月 日										
	交付年月日	年 月 日										
被保険者続柄	本人 家族			公費負担医療受給者証	負担者番号							
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"/> できあがり次第FAXします						<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。