

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 令和 年 月 日

紹介先医療機関名  高知赤十字病院 〒780-8562 高知県高知市秦南町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) 関節リウマチ活動性評価外来 担当医 殿		紹介元医療機関名 (医師名)	
受診希望日 令和 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 <small>(診療予約確認票を送信させていただきます)</small>	TEL番号 <small>(FAX送信者の連絡先)</small>

フリガナ		旧姓			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	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。
-------	--------------------------------------

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 <small>(福祉等をお持ちの場合)</small> <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 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 受給者番号 有効期限 ~ 交付年月日 年 月 日	

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。