


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 高知市秦南町一丁目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	送信部署	送信者	
受診希望日 令和 年 月 日 ()			FAX番号 (診療予約確認票を送信させていただきます)		
受診希望時間 (放射線科の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。)			TEL番号 (FAX送信者の連絡先)		
<input type="checkbox"/> 8:45 ~ 10:00 <input type="checkbox"/> 10:00 ~ 11:00 <input type="checkbox"/> 11:00 ~ 12:00 <input type="checkbox"/> 希望時間なし					

フリガナ	旧姓	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<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	生年月日 年 月 日 () 歳
患者氏名	様			
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 (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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	A D L			

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。