


CKDサポート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) CKDサポート外来 担当医 殿		紹介元医療機関名 (医師名) 	
令和 年 月 日 () 受診希望日		送信部署	送信者
※ CKDサポート外来診療日：毎月第1、第3金曜日		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
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 女				

患者住所 (〒 -)

TEL () - 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"/> 労災		<input type="checkbox"/> 寝台車		<input type="checkbox"/> 車いす
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者	<input type="checkbox"/> 保険未加入		<input type="checkbox"/> 救急車		<input type="checkbox"/> ストレッチャー
	<input type="checkbox"/> 生保					

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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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 (CKDサポート外来)

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(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。