

紹介患者予約申込書

作成日 : H27. 10

国立大学法人
高知大学医学部附属病院
予約センター

TEL 088-880-2773 (直通)
FAX 088-880-2774 (直通)
受付時間 : 平日 8:30 ~ 16:30

受付時間外のお申し込みについては、
原則として翌診療日の対応となります。

医療機関名		
所在地		
電話番号	() -	
FAX番号	() -	
診療科名	科	
医師氏名		
送信部署・送信者	/	

希望診療科・医師	科	医師	受診 希望日	第1希望 平成 年 月 日	
症状・病名				第2希望 平成 年 月 日	
担当医師事前連絡	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 濟		患者 状 況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 (通院中の場合はチェック不要)	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察	<input type="checkbox"/> 検査		<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
MRI もしくは RI 検査を希望される場合は、下記へ記載して下さい。				<input type="checkbox"/> 持続点滴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> MRI検査 : 部位 () <input type="checkbox"/> RI検査 : 種類 () : 対象病名 ()				(備考)	
持参資料	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X線	<input type="checkbox"/> 検査データ	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書について	<input type="checkbox"/> 当日、患者さんが持参します <input type="checkbox"/> 郵送します
	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 予約手続き完了後の連絡先	<input type="checkbox"/> 貴院 <input type="checkbox"/> 患者 もしくは家族
※ 画像データ等有りの場合 ⇒ CD-R <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					

患者基本情報

※生年月日等お間違えのないようにお願い致します。

フリガナ				性別	生年月日		
患者氏名			旧姓	男 女	明・大 昭・平	年 月 日	生(歳)
現住所	(〒 - - -)						
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 () -	呼出()	様方	<input type="checkbox"/> 携帯 () -			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (診察券番号【7桁】 :) <input type="checkbox"/> 不明)						

保険情報

※保険証の原本コピーをFAXして頂いても結構です。

被保険証								
保険者番号								
記号・番号								
被保険者氏名								
本人・家族	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族						
負担割合	1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割							

公費負担医療受給者証							
負担者番号							
受給者番号							
公費負担医療受給者証							
負担者番号							
受給者番号							

健康保険外							
<input type="checkbox"/> 交通事故							
<input type="checkbox"/> 労働災害							
<input type="checkbox"/> その他							
()							

※注意点

- ・紹介状(診療情報提供書)を受診前にFAXで送信してください。
- ・本申込書をFAXで送り難い場合は、予約センターまでご連絡ください。

(以下、当院記載欄)

受診日 平成 年 月 日 午前・午後 時 分