

高知高須病院 地域医療連携室・予約センター 行 紹介患者事前受付用FAX用紙

(外来 ・ 外来透析 ・ 紹介入院)

希望の診療科 泌尿器科・腎臓内科・糖尿病内科・人工透析内科・()科
希望する医師があればお書きください 医師

受診希望日 第1希望	年	月	日 (午前・午後)	ご都合により来院できない日
第2希望	年	月	日 (午前・午後)	
※備考	受診日について特記事項あればご記入ください。			

* 当院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)

紹介元医療機関

↓ 誤登録防止のため、大きく楷書で記入してください。

フリガナ	医療機関名
患者名 様	住所
性別 (男・女)	TEL
生年月日 T・S・H・R 年 月 日	FAX
住所 〒	医師名
電話番号	送信部署 送信者名
携帯電話	送信者連絡先 内線 番
ADL 自立・車いす・ストレッチャー	

■ 保険情報記入欄

保険者番号														
記号・番号														
被保険者氏名	続柄 ()													

公費負担者番号														
受給者番号														

■ 診療情報提供書は

1. 当日患者さんが持参します。
2. 地域連携室にファックスで送ります。

■ その他の資料は

1. 当日 (CT・X線・検査データ・) は患者さんが持参します。
(連絡事項)

※紹介状持参の場合は、病状等を簡単にご記入下さい

※ファックスの送信は、月～金曜日8:30～17:00で受付させていただきます。
上記以外の時間及び土日祝日につきましては、ファックス送信はお受け致しますが、お返事が次回診察日となります。ご了承下さい。

※紹介日当日の受診を希望される場合は、お電話でご連絡をお願いします。当日の診療予約はお受けしておらず、外来の状況によっては診療困難な場合がございます。

高知高須病院 地域医療連携室・予約センター
FAX 088-804-5544
TEL 088-802-7576
088-878-3377(代表)