高知高須病院　　地域医療連携室　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）	年	月	日
					年	月	日
※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　）

↓誤登録防止のため、大きく楷書で記入してください。

ﾌﾘｶﾞﾅ

患者名　　様

性別　（男　・　女　　）

生年月日　T・S・H・R　年　月　日

住所　〒

電話番号

携帯電話

ADL　自立・車いす・ストレッチャー

紹介元医療機関

医療機関名

住所

ＴＥＬ

ＦＡＸ

医師名

送信部署　　送信者名

送信者連絡先　内線　　番

■ 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								

※紹介状持参の場合は、病状等を簡単にご記入下さい

■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）

※ファックスの送信は、月～金曜日8：30～17：00で受付させて頂きます。
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
FAX　088-804-5544
TEL　088-804-5556
088-878-3377(代表)