

## 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 )

希望の受診科；泌尿器科・腎そう内科・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 令和 年 月 日 ( ) 午前・午後

\* 当院受診歴 ( 有 ・ 無 ・ 不明 )

紹介元医療機関

フリガナ

医療機関名

患者名 様

住所

性別 (男・女)

TEL

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

FAX

住所 〒

医師名

送信部署 送信者名

電話番号

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									

## ■ 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: 受診目的など)

※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せんが、お返事が次回診察日となります。ご了承下さい。

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)