

診療申込書 (事前FAX送信票)

ー送信先ー FAX 088-837-6701 高知医療センター 地域医療連携室 〒781-8555 高知県高知市池2125-1 電話 088-837-6700	医療機関名 所在地 電話番号 FAX番号 医師氏名 送信部署 () 送信者 ()
---	--

診療 依頼 情報	希望受診科	科	診療希望日	第1希望 年 月 日 (午前・午後)
		医師	都合により来院 できない日	第2希望 年 月 日 (午前・午後)
	紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 自家用車・公共交通機関等 <input type="checkbox"/> 介護タクシー・寝台車など <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 ()
	病状・病名 確認	※紹介状持参の場合は、病状等を簡単にご記入下さい		来院方法 患者の 状態 状況 <input type="checkbox"/> 入院中 ・ <input type="checkbox"/> 入所中 ADL <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子(リクライニング付) 酸素吸入 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 持続点滴 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
備考(移動時の介助の有無など)				

<診療情報提供書について> 当日、患者さんが持って行きます
 FAXで送ります (正本は後で郵送します)

○ 患者さんの受診時の待ち時間短縮のため、下記の基本情報の提供をお願いします。

一患者基本情報一			
ふりがな		性別	高知医療センターID番号 (受診歴のある方)
患者氏名		男 ・ 女	
生年月日	年 月 日生 (歳)		
現住所	〒 ー 都道府県 市郡 町村 丁目 番号 号室 (マンション・アパート名等)		
電話番号	呼出(様方) 自宅 ()ー ー 又は 携帯 ()ー ー		
該当 項目に チェック	主保 険	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	公費	<input type="checkbox"/> 指定難病あり <input type="checkbox"/> 小児慢性あり <input type="checkbox"/> その他公費あり ()	

● 休日(土日祝)・時間外(17:00~翌8:30まで)で**至急の場合**については下記までお願いします

FAX 088-837-6798
 TEL 088-837-6799] 救命救急センター外来