



高知大学  
Kochi University

# 紹介患者予約申込書

作成日：H27.10

送信日 平成 年 月 日

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"/> 済		患者状況	現在の状況 <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"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( )			ADL <input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 車イス ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー
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。				酸素吸入 <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 ( )				持続点滴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
持参資料	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 無し		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
※ 画像データ等有りの場合 ⇒ CD-R <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			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

患者基本情報 ※生年月日等お間違えのないようお願い致します。

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	☎ 自宅 ( ) - 呼出 ( 様方) ☎ 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		公費負担医療受給者証		健康保険外	
保険者番号		負担者番号		<input type="checkbox"/> 交通事故	
記号・番号		受給者番号		<input type="checkbox"/> 労働災害	
被保険者氏名		公費負担医療受給者証		<input type="checkbox"/> その他	
本人・家族	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担者番号		( )	
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	受給者番号			

### ※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