診療申込書（ＦＡＸ送付票）

ＪＡ高知病院
地域医療連携室
TEL　088-863-8516（直通）
FAX　088-863-8527（直通）
受付時間　平日：8：30～16：30
土曜：8：30～11：30

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	/

受診希望日	第１希望	年　月　日（午前・午後　時）	
	第２希望	年　月　日（午前・午後　時）	
希望診療科/医師	科	医師	
紹介目的	□ 診察　□ 入院 □ 検査　□ 画像診断　（　読影　有 ）		
病名確認	※紹介状が後日になる場合は、症状等を簡単にご記入ください。		
患者状況	現在の状況	入院中　・　入所中	
	ＡＤＬ	独歩　・　車イス　・　ストレッチャー	
	酸素吸入	有　・　無	
	持続点滴	有　・　無	
	（備考）		
当院受診歴	有　・　無	診察券登録番号	
持参資料	□ ＣＴ　□ ＭＲＩ　□ Ｘ－Ｐ　□ その他（　　）		

<診療情報提供書について>　作成出来次第、地域医療連携室へＦＡＸをお願いします。

（原本は）　□ 当日、患者様が持参します。
□ 郵送します。

患 者 基 本 情 報

ふりがな 患者氏名	（旧姓：　）	性別	男　・　女
生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日 生　（　歳 ）		
現住所	（〒　―　）		
電話番号	自宅（　）　―　携帯番号（　）　―		