



高知大学
Kochi University

診療予約申込書

作成日：R5.5

送信日 令和 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

予約日時が決定後、予約票をFAXします
ので患者さんにお渡し願います。

| | |
|----------|-------|
| 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 令和 年 月 日 第2希望 令和 年 月 日 |
| 担当医師事前連絡 | <input type="checkbox"/> 未 ・ <input type="checkbox"/> 済 | ご都合により来院できない日 令和 年 月 日 | |
| 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 () | 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) |
| 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。 | | | ADL <input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 車イス ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー |
| <input type="checkbox"/> MRI検査：部位 () | | | 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| <input type="checkbox"/> RI検査：種類 () 対象病名 () | | | 持続点滴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 症状・病名 | | (備考) | |
| 備考 | | 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 |

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 | 大・昭 平・令 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) | | |
| 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"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 公費 | <input type="checkbox"/> 指定難病有り <input type="checkbox"/> 小児慢性有り <input type="checkbox"/> その他公費有り () | | |

※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。



高知大学病院内使用QR

(以下、当院記載欄)

受診日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分