



高知大学
Kochi University

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 ～ 17:15

あたまの形外来 診療予約申込書

作成日：R 8.8

送信日 令和 年 月 日

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	/

- 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。
- 画像及び画像レポートがある場合は必ずご持参ください。

受診診療科	小児科
専門領域	あたまの形外来
受診希望日	第1希望 月 日 第2希望 月 日
来院できない日	月 日 / 月 日
紹介状以外の持参資料 ※紹介状は必ずご持参ください。	☐ CD-R ・ ☐ 画像レポート ・ ☐ レントゲンフィルム
備考 (特記事項があれば記入ください)	

※当院からの患者さんの診療情報提供について、不要の場合は右欄にチェックを入れてください ➡ 【☐】

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		男女	令和 年 月 日生 (歳)
現住所	(千 -)		
電話番号	☎ 自宅 () - 呼出 (様) 携帯 () -		

- ※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。
 - ・マイナ保険証または資格証明書を必ずご持参ください。

(以下、当院記載欄)

受診日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分