

高知県立あき総合病院 診療申込書

送信日： 年 月 日

紹介元医療機関名： TEL () — FAX () — 診療科名 医師氏名
送信部署・送信者

TEL: 0887-34-3111(代表) FAX: 0887-35-8107
月～金曜日 8:30～16:30 *ご予約は前日16:30までとなっております。受付時間以外にFAXいただいた場合は、翌診療日のお返事になります。
高知県立あき総合病院 地域連携センター

患者さん 基本情報	フリガナ		性別	男・女	当院 受診歴	有・無
	患者氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日 (歳)	
	現住所	〒 —				
	電話番号	() —				
受診 内容 情報	受診ご希望日	ご希望日： 年 月 日 (午前・午後) その他ご希望：				
	ご希望受診科	科	医師 ※希望医師がいる場合、ご記入下さい			
	受診目的	<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()				
	症状・病名	※必ずご記入をお願いします。				
来院 時 情報	移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車・公共交通機関等 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 寝台車 <input type="checkbox"/> その他()				
	補助の必要	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()				
その他	備考					

1. ご予約について

上記に必要事項をご記入の上、FAXにて地域連携センターまで送信して下さい。

ご希望の日時に添えない場合はお電話させていただきます。

○FAX予約の診察日時を調整するにあたり、**消化器内科・神経内科・整形外科・脳神経外科**は診療情報提供書が必要となっております。

申込書に添付してFAXしていただけますようご協力の程よろしくお願いいたします。

予約受付の手続きが済みましたら、予約票をFAXで返信いたします。

お手数ですが、予約票を患者さんにお渡し願います。

※診療情報提供書は受診前日までにFAXをお願い致します。

2. 当日の受診について

当日の緊急受診をご希望の場合は、0887-34-3111(代)より、

受診希望診療科までご連絡下さい。