



診療申込書

送信日 令和 年 月 日

医療法人久会 函南病院

高知市知寄町 1 丁目 5-15

TEL 088-882-3126 (代表)

FAX 088-861-1272 (予約受付専用)

ホームページ

<http://www.hisakai.or.jp/tonan/reservation.html>

この用紙は ホームページよりダウンロードできます。

※ 下記、必要事項にご記入願います。

連絡票の送信については患者様の了解をとっていただくようお願いします。

医療機関名 電話番号 FAX番号
診療科名 医師氏名
送信部署 送信者

受診希望診療科	科	診療日	第1希望 令和 年 月 日 (午前・午後)
	※ 指定医がいる場合はご記入下さい		第2希望 令和 年 月 日 (午前・午後)
	医師		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 (入院 ・ 外来) <input type="checkbox"/> 読影 (あり ・ なし) <input type="checkbox"/> 検査 (CT ・ MR ・ GF ・ CF) <input type="checkbox"/> その他 ()		※備考
持参資料	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> データ <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 要返却 ・ <input type="checkbox"/> 返却不要 ※当日持参資料は受付にご提出をお願いします。		
当院受診歴	無 ・ 有 (科) 診察券登録番号 :		

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	旧姓	男	大正・昭和・平成
		女	年 月 日生 (歳)
現住所	(〒 -)		
電話番号	自宅 () - - 呼出 (様方) 又は携帯 () - -		

保険情報 ※ 保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信して頂く場合ご記入は不要です。

被保険者証							
保険者番号							
記号・番号							
被保険者氏名							
資格取得	年	月	日				
有効期限	年	月	日				

本人 家族	公費負担医療受給者証							
	負担者番号							
	受給者番号							
	認定日	年	月	日				
	有効期限	年	月	日				