

紹介患者様連絡票(FAX送付票)



JA高知病院

地域医療連携室 行

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	平成 年 月 日(午前・午後 時)
	第2希望	平成 年 月 日(午前・午後 時)
希望診療科/医師	科	医師
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 画像診断 読影 (有・無)	
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	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし	

〈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		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生 (歳)		
現住所	(〒 —)		
電話番号	自宅()— — 携帯番号()— —		