国立病院機構高知病院　紹介患者保険者証番号

受診科　　科　　先生　　医療機関名

【受診予定日】
平成　　年　　月　　日（　　）　　（医師名）

・開放型病床

受診者				
	フリガナ		性別	
	氏名		1 男 2 女	
	生年月日	明治　大正 年　　月　　日 昭和　平成		
	住所			
	電話			
	職業		被保険者との続柄	

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	

被保険者証

保険者番号		継
記号・番号		
有効期限		本家
被保険者氏名		
資格取得	昭和 平成　　年　　月　　日	
交付	昭和 平成　　年　　月　　日	
負担割合	0割　1割　2割　3割	

備考	

診療情報提供書について〇をおつけください（オープン用含む）

・原本は、当日患者さんが持参されます。

・原本は、後日郵送いたします。

※事前にＦＡＸ送信をお願い致します。

その他資料について〇をおつけください

当日（ＣＤ-ＲＯＭ、ＣＴ、レントゲン、検査データ）等を患者さんが持参されます。

資料のうち（ＣＤ-ＲＯＭ、ＣＴ、レントゲン、検査データ）は返却して下さい。

独立行政法人国立病院機構
高知病院　地域医療連携室(内線２１５０)
〈代表電話〉　０８８-８４４-３１１１
ＴＥＬ　０８８-８２８-４４６５（直通）
ＦＡＸ　０８８-８２８-４４６１（直通）