

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

【受診希望日】

令和 年 月 日 () :

(医師名)

・開放型病床

被保険者証

受 診 者	フリガナ			性別		
	氏名			1 男 2 女		
	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和		記号・番号		
	住所			有効期限	～令和 年 月 日 本家	
	電話			被保険者氏名		
	職業		被保険者との続柄		資格取得	平成 令和 年 月 日
公費負担者番				交付	平成 令和 年 月 日	
公費負担医療の受給者番号				負担割合	0割 1割 2割 3割	
備考		当院受診歴：有 無 旧姓 ()				

診療情報提供書について○をおつけください

- ▶ 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○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 2 1 5 0）

〈代表電話〉 0 8 8 - 8 4 4 - 3 1 1 1

T E L 0 8 8 - 8 2 8 - 4 4 6 5 （直通）

F A X 0 8 8 - 8 2 8 - 4 4 6 1 （直通）

受付時間 平日 8 : 3 0 ～ 1 7 : 0 0

受付時間外のお申込みについては、原則翌診療日の対応となります。ご了承ください。