

# 紹介状（診療情報提供書兼 FAX 診療申込書）

令和 年 月 日

高松赤十字病院

貴医療機関名・ご住所	
医師名	印
TEL	
FAX	

科

医師

〒760-0017 香川県高松市番町4丁目1-3  
 地域医療室 代表 電話：087-831-7101 (1170,1171)  
 直通 電話：087-831-8131  
 FAX：0120-92-8182 (県内のみ)  
 FAX：087-863-4060

フリガナ		旧姓	性別	男 ・ 女
患者氏名			生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生
住所	〒 -		電話番号	【携帯】
受診希望日	①令和 年 月 日 ( ) ②令和 年 月 日 ( )		当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (ID : - - )
現在貴院に <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 ( <input type="checkbox"/> DPC 対象 <input type="checkbox"/> DPC 対象外) <input type="checkbox"/> 介護施設入所中 ( )				
紹介目的 (傷病名)				
治療経過				
既往歴・アレルギー				
現在の処方				
備考				

FAX 予約対応時間 平日 8:15~18:30 (左記時間に受信した FAX 診療申込は、原則、同日中に「外来予約票」を送信します。)