



コロナワクチン副反応予約申込書

作成日：R3.3

送信日 令和 年 月 日

国立大学法人
高知大学医学部附属病院
予約センター

TEL 088-888-0400 (直通)

FAX 088-880-2774 (直通)

受付時間：平日 8:30 ~ 16:30

予約日時が決定後、予約票をFAXしますので患者さんにお渡し願います。

医療機関名	
所在地	
電話番号	() -
FAX番号	() -
診療科名	科
医師氏名	
送信部署・送信者	/

希望診療科・医師	科 医師	受診希望日	第1希望 令和 年 月 日 第2希望 令和 年 月 日
担当医師事前連絡	<input type="checkbox"/> 未 ・ <input type="checkbox"/> 済	ご都合により来院できない日 令和 年 月 日	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()	患者状況	現在の状況 <input type="checkbox"/> 入院中 ・ <input type="checkbox"/> 入所中 (通院中の場合はチェック不要)
			ADL <input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 車イス ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー
酸素吸入 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
持続点滴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
症状・病名		(備考)	
備考		診療情報提供書について	<input type="checkbox"/> 当日、患者さんが持参します <input type="checkbox"/> 郵送します ※ 画像データ等有りの場合 ⇒ CD-R <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

患者基本情報

※生年月日等お間違えのないようお願い致します。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	旧姓	男女	大・昭平・令 年 月 日生 (歳)
現住所	(〒 -)		
電話番号	☎ 自宅 () - 呼出 (様方) ☎ 携帯 () -		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (診察券番号【7桁】： <input type="checkbox"/> 不明)		

※注意点

- ・紹介状(診療情報提供書)を受診前にFAXで送信してください。
- ・本申込書をFAXで送り難い場合は、予約センターまでご連絡ください。



高知大学病院内使用QR

(以下、当院記載欄)

受診日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分