

鳥取県立中央病院

患者紹介予約申込用紙

医療福祉相談センター

専用FAX 0857-21-8507

年

月

日

科

先生

(医師の指定がない場合は診療科のみご記入ください)

紹介医療機関の所在地・名称

〒

住所

名称

医師名

科

先生

TEL

FAX

◎記入漏れがないようにお願いします。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大・昭・平・令
旧姓	() ※カルテ二重登録防止のため ご記入ください。		年 月 日 (オ)
住所	〒		
電話番号	()		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関に入院中		
紹介内容 (症状及び経過等)	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受診 希望日	第1希望	月	日 ()
	第2希望	月	日 ()
	第3希望	月	日 ()
来院時状況	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 ()		

- * 小児科・小児外科・産婦人科・眼科・精神科・血液内科は必ず診療情報提供書もFAXしてください。血液内科は検査データ等の情報もFAXをお願いします。
- * その他診療科も可能な限り診療情報提供書をFAXしてください。
- * 緊急性のある患者様のご紹介は担当医(代表番号 0857-26-2271)まで直接ご相談ください。
- * 当日の予約はシステム上お受けできません。
- * 受付時間外に届いたFAXは、翌診療日の対応となります。

【受付時間】	【お問い合わせ先】
平日 8：30～18：00	鳥取県立中央病院 医療福祉相談センター
土日、祝祭日、年末年始は休み	TEL 0857-32-8500（予約専用） FAX 0857-21-8507（直通）