

鳥取県立厚生病院 診療予約申込票

患者支援・地域連携センター 宛

FAX (0858)22-8210

年 月 日

鳥取県立厚生病院 <div style="text-align: center;">科</div> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <div style="text-align: center;">医師</div> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>	紹介元医療機関名 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____ FAX _____ _____科 _____先生
フリガナ 患者氏名 <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">様</div>	性別 男・女 生年月日 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)
〒 _____ 住所	電話番号 (_____) _____

旧 姓		※二重登録防止のため、結婚などで改姓された方は旧姓をご記入ください。	
保 険 者 番 号		資格取得	年 月 日
記 号 ・ 番 号		負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
公費負担者番号		資格取得	年 月 日
公費受給者番号			
主 訴 また は 傷 病 名			
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 郵送	※必ず診療情報提供書を事前にFAXしてください	
受 診 希 望 日	第1希望日	月 日 ()	
	第2希望日	月 日 ()	
	第3希望日	月 日 ()	※当日受診希望の方はお問い合わせください
患 者 様 の 状 況	<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 施設名()		
来 院 方 法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他()		
ADL の 状 況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> リクライニング車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
同 伴 者	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他 (施設の職員)		

【予約受付時間】 平日 8:30~17:00 (土日祝日はお休み)

●17時以降のお申し込みは翌日の受付となります。ご了承ください。

【問い合わせ先】 鳥取県立厚生病院 患者支援・地域連携センター TEL 0858-22-8181(代表)
FAX 0858-22-8210(直通)