

鳥取県立厚生病院 診療予約申込票

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> <div style="text-align: center;">医師</div>	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 _____ 様	性別 _____ 生年月日 _____ <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳) 男・女
〒 _____	電話番号 () _____
住所	

旧姓	<small>※二重登録防止のため、近年結婚などで改姓された方は旧姓をご記入ください。</small>	資格取得	年 月 日
保険者番号		有効期限	年 月 日
記号・番号	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
	受給者番号	有効期限	年 月 日
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
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	<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)		

【通信欄】

【お問い合わせ】

鳥取県立厚生病院 地域連携センター

TEL (0858)22-8181(代表)

FAX (0858)22-8210(直通)

受付 平日 8:30~17:00

※土日は休み