

鳥取赤十字病院FAX診療申込書

鳥取赤十字病院 地域医療連携課宛 <u>FAX 0857-39-0531</u>		紹介医療機関・医師名・電話・FAX	
_____科		_____医師宛	
フリガナ		男 女	明・大・昭・平 年 月 日(才)
患者氏名		電話番号	() -
住所	〒 _____		
受診歴	有 ・ 無	姓を変更された方	旧姓 ()
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他()		
主訴または傷病名			
受診希望日	第1希望 月 日()	第2希望	月 日()
折り返し、予約票をFAXいたしますので、患者様にお渡し願います			
＊ 緊急性のある患者様のご紹介は、直接、担当医にご連絡下さい。 ＊ 受診科・紹介目的が不明な場合、診療情報提供書・担当医への連絡をお願いすることがあります。			

【お問合せ先】 〒680-8517 鳥取市尚徳町117 鳥取赤十字病院 地域医療連携課 TEL 0857-39-0530(直通) 0857-24-8111(代表) FAX 0857-39-0531	【受付時間】 8:30 ~ 17:00 【休診日】 土曜日・日曜日・祝祭日・ 年末年始(12月29日~1月3日)・ 創立記念日(4月1日)
鳥取赤十字病院処理欄 <div style="text-align: center;">年 月 日() 時 分</div>	