

鳥取赤十字病院 F A X 診療申込書

鳥取赤十字病院 地域医療連携課 <h2 style="text-align: center; text-decoration: underline double;">FAX 0857-39-0531</h2> <h3 style="text-align: center; text-decoration: underline double;">科</h3> <h3 style="text-align: center; text-decoration: underline double;">医師宛</h3>		紹介医療機関・医師名・電話・FAX	
フリガナ		男 ・ 女	明・大・昭・平・令 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。			

【お問い合わせ先】 〒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 鳥取赤十字病院処理欄	【受付時間】 8:30~17:00 【休診日】 土曜日・日曜日・祝祭日・創立記念日・ 年末年始(12月29日~1月3日)
年 月 日 () 時 分	