

鳥取赤十字病院 F A X 診療申込書

鳥取赤十字病院 患者サポートセンター 地域医療連携課 FAX 0857-39-0531 <u>科</u> <u>医師宛</u>		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 ()
<p>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。</p> <p>* 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。</p> <p>* 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。</p>			

【お問い合わせ先】 〒680-8517 鳥取市尚徳町117 鳥取赤十字病院 患者サポートセンター 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】 8:30~18:00 【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)
鳥取赤十字病院処理欄	
年 月 日 () 時 分	