

# 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 <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">                     FAX 0857-39-0531                 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <u>科</u>   <u>医師宛</u> </div>		紹介医療機関・医師名・電話・FAX  名称： 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 ( )	
<b>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。</b> * 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。			

<b>【お問い合わせ先】</b> 〒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	<b>【受付時間】</b> 平日：8時30分～18時00分 祝日以外の土曜日：9時00分～12時30分  <b>【休診日】</b> 祝日の土曜日・日曜日・祝祭日・創立記念日 年未年始（12月29日～1月3日）
鳥取赤十字病院処理欄  年 月 日 ( ) 時 分	