鳥取赤十字病院ＦＡＸ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** **科** **医師宛**	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			
住　所	〒　－	電話番号	（　）　－
受診歴	有・無	姓を変更された方	旧姓（　）
紹介目的	□精査　□診療　□入院　□手術　□レスパイト　□その他（　） ＊レスパイト入院をご希望の方は併せて別紙様式１および診療情報提供書のご記入お願いします。		
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（　）	
帰省予定日	＊里帰り分娩、県外からの帰省、転居などの方はご記入をお願いします。 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　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】
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
（2020.7.4～）

【休診日】
祝日の土曜日・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