**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】　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  　　〒680-8517　鳥取県鳥取市尚徳町117 | 【受付時間】  **平　　日：8:30～18:00**  【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 | |

2024(R6)06