

鳥取赤十字病院 F A X 診療申込書

 日本赤十字社 Japanese Red Cross Society		鳥取赤十字病院	
患者サポートセンター 地域医療連携課		紹介医療機関・医師名・電話・FAX	
FAX 0857-39-0531		名称：	
科		医師名：	
医師宛		電話：	
フリガナ		FAX：	
患者氏名	男・女	明・大・昭・平・令	
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	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> 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をお願いします。		
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	