

☆診療情報提供書等を添えて送信してください。（□あとで送信します）

鳥取医療センター 紹介予約申込書（FAX）

(当院記入欄)  
ID:

紹介元医療機関名	医師名	F A X
		電 話

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療・加療（科）先生	
	<input type="checkbox"/> パーキンソン病センター（脳神経内科）先生	
	<input type="checkbox"/> 画像センター（放射線科） 外来担当医	
フリガナ	性別	生 年 月 日
患者氏名	男	大・昭・平・令
(旧姓：)	女	年 月 日 ( 歳)
住 所 〒 -		
電話番号 ( ) -		
●鳥取医療センター受診歴 有 ・ 無	●貴院に 通院中 ・ 入院中	
傷病名（主訴及び症状等） <input type="checkbox"/> 診療情報提供書に記載		
第1希望日 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分		
第2希望日 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分		

☆画像センターご予約の際は、下記の項目にも記載をお願いします。

<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT
【撮影部位】 ( )
【保存媒体】 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-ROM
【読影結果】 <input type="checkbox"/> FAX希望 ※結果をお急ぎの場合にチェックをお願いします。
【その他】 交通事故 ・ 労災
保険会社名 (担当者： ) 電話

【予約受付時間】 平日 8:45~17:00 (土・日・祝祭日は休み)
●17時以降に受信した申込みは、翌日の受付となります。ご了承ください。
【お問い合わせ先】 鳥取医療センター 地域医療連携室
TEL: 0857-59-0892 (内線275) FAX: 0857-59-0713 (連携室専用)