

地域医療連携室（直通） FAX 0857-59-0713

年 月 日

☆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	FAX
		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） 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。

MRI CT

【撮影部位】（ ）

【保存媒体】 CD-ROM

【読影結果】 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 ・ スポーツ保険

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）
TEL:0857-59-1111（代表）