地域医療連携室（直通）　FAX　**0857-59-0713**

☆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）

**年　 　月　 　日**

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** | □**診 療・加 療（　　　 　　　科）　 　 　 先生** |
| □**パーキンソン病センター（脳神経内科）　　　 　 　 先生** |
| □**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  （旧姓：　　　　　　　　） | 男  ・  女 | | 大・昭・平・令  　　　　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－Ｒ  　【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） |