地域医療連携室　行き　**（　ＦＡＸ　０８５７－５９－０７１３　）**

鳥取医療センター　紹介予約申込書（ＦＡＸ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹介元医療機関名 | 医師名 | ＦＡＸ |
| ＴＥＬ |

下記の患者様を紹介いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 性別 | 生　年　月　日 |
| 患者氏名 | 男・女 | 明・大・昭・平　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　歳） |
| 住　　所　　〒　　　　－ＴＥＬ（　　　　　）　　　　－　　　　　　 |
| 当院受診歴　　　　　　有　　・　　無 | 姓を変更された方は、旧姓をお知らせください。　　　旧姓（　　　　　　　） |
| 傷病名（主訴及び症状等） |
| 　第１受診希望日　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）午前　・　午後　　　　時　　　　分　第２受診希望日　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）午前　・　午後　　　　時　　　　分 |

※ご希望の診療にチェックをお願いします。

|  |
| --- |
| **□診療・加療**診　療　科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　医師宛 |
| **□画像センター（ＭＲＩ　・　ＣＴ）**　　　　撮影部位：【希望する保存媒体】　　　ご希望の保存媒体をお選びください。* フィルム　　　　　　□　ＣＤ－ＲＯＭ

　　読影結果は後日郵送させていただきます。お急ぎの場合はＦＡＸさせていただくことも可能です。　　下記へチェックをお願いします。* 郵送　　　　　　　　□　ＦＡＸ希望
 |

※折り返し、予約通知書をＦＡＸいたしますので、患者様へお渡しくださいますようお願いいたします。

|  |
| --- |
| 鳥取医療センター　地域医療連携室　　予約受付時間　平日　８：３０～１７：１５（土・日・祝祭日は休み）【ＴＥＬ】０８５７－５９－０８９２（内線：２７５）　【ＦＡＸ】０８５７－５９－０７１３（連携室専用） |

2014.7改訂