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）

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 |

**☆紹介目的**

|  |
| --- |
| * **診療・加療　　(診 療 科)　　　 　　 　　　科　　　　　　　　先生**
 |
| * **画像センター　 　　 　 放 射 線 科　　　　　　　　先生**
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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）□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】　 □　フィルム　　　　　　□　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 保険会社名　　　 　　　　　　　　（担当者：　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話  |

※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） |

2017.7改訂