

(様式 3)

## 鳥取県立厚生病院オープンシステム 入院依頼票

依頼日	年 月 日			
登録医名				
病医院名			電話番号	
			FAX番号	
依頼診療科				
希望入院日時	年 月 日	午前・午後	時 分頃	
患者名	様 <small>男 女</small>	生年月日	<small>大正 昭和 平成 令和</small>	年 月 日
患者住所			電話番号	
当院受診歴	有 無 不明			
傷病名等				
経過、依頼事項等				
		受付日	年 月 日	
		受付者		

### 送付先

(平日時間内)

地域連携センター

FAX (0858)22-8210

TEL (0858)22-8181 (内線)5160

(時間外、休日)

救急外来

TEL (0858)22-8181 (内線)2297

(緊急時にはとりあえず御連絡下さい。事務的処理は後日行います。)