

医療福祉相談センター 専用FAX 0857-21-8507

年 月 日

_____ 科

_____ 先生

* 医師の指定がない場合は診療科のみご記入ください

* 緊急性のある患者さんのご紹介は
【代表番号 0857-26-2271】へ
直接診療科医師までご相談ください。

紹介医療機関の所在地・名称	
住所 〒 _____	_____
名称 _____	
医師名 _____	科 _____ 先生
TEL _____	
FAX _____	
担当者 (_____)	

◎記入漏れがないようにお願いします。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大・昭・平・令
旧姓	(_____) ※カルテ二重登録防止のため ご記入ください。		年 月 日 (_____ 才)
住所	〒 _____		
電話番号	(_____) _____		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関に入院中 (<input type="checkbox"/> 退院後受診 <input type="checkbox"/> 入院中受診)		
紹介内容 (症状及び経過等)	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 医師連絡済み		
受診 希望日	第1希望	月	日 (_____)
	第2希望	月	日 (_____)
	第3希望	月	日 (_____) 【 _____ ※都合の悪い日・曜日など _____ 】
来院時状況	<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

当院記入欄	月 日 (_____)
-------	---------------

- * 予約日までに診療情報提供書をFAXしてください。(原本は当日ご持参ください)
- * セカンドオピニオン外来は本様式ではお申し込みできません。専用申込書にてお申し込みください。
- * 受付時間外に届いたFAXは、翌診療日の対応となります。
- * 当日の予約はシステム上お受けできません。

【受付時間】	【お問い合わせ先】
平日 8:30~18:00	鳥取県立中央病院 医療福祉相談センター
土日、祝祭日、年末年始は休み	TEL 0857-32-8500 (予約専用) FAX 0857-21-8507 (直通)