

患者支援センター 専用FAX 0857-21-8507

年 月 日

\_\_\_\_\_ 科

\_\_\_\_\_ 先生

※急性のある患者様のご紹介は直接、  
担当医にご相談ください。  
(代表番号 0857-26-2271)

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

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 ( 才)
住所	〒 _____		
電話番号	( ) _____		
当院受診歴	有 ・ 無	貴院	通院中 ・ 入院中
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
主訴または傷病名			
受診希望日			
第1希望	月 日 ( )	第2希望	月 日 ( )
第3希望	月 日 ( )		
※当日の予約はシステム上お受けできません。			
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 ( )		

【受付時間】

【お問い合わせ先】

平日 8:30~17:00

〒680-0901 鳥取市江津730

TEL: 0857-32-8500 (予約専用)

土日、祝祭日、年末年始は休み 鳥取県立中央病院 患者支援センター

0857-26-2271 (代表)

FAX: 0857-21-8507 (直通)

※17:00以降送信の場合は翌日受付となります。