

医療福祉相談センター 専用FAX 0857-21-8507

年 月 日

科 _____
先生 _____

※緊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
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 自家用車 タクシー バス 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 医療福祉相談センター 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。