

鳥取県立中央病院

患者紹介予約申込用紙

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 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 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。