

(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 男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	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) 患者支援・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。)