

(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。)