

鳥取県立厚生病院 診療予約申込票

患者支援・地域連携センター宛

FAX (0858)22-8210

年 月 日

鳥取県立厚生病院 科 医師	紹介元医療機関名 所在地 電話番号 FAX 科 先生
フリガナ 患者氏名 様	性別 男 · 女 生年月日 □ 大 □ 昭 □ 平 □ 令 年 月 日 (歳)
〒 - 住所	電話番号 () -

旧姓	※二重登録防止のため、近年結婚などで改姓された方は旧姓をご記入ください。	資格取得	年 月 日
保険者番号		有効期限	年 月 日
記号・番号	記号 番号	負担割合	□ 1割 □ 2割 □ 3割
公費	負担者番号	資格取得	年 月 日
	受給者番号	有効期限	年 月 日
主訴または傷病名			
診療情報提供書	□ 持参 □ 郵送 ※必ず診療情報提供書を事前にFAXしてください		
受診希望日	第1希望日 月 日 ()		
	第2希望日 月 日 ()		
	第3希望日 月 日 () ※当日受診希望の方はお問い合わせください		
来院方法	□ 自家用車 □ 福祉タクシー □ 救急車 □ その他()		
ADL	□ 自立 □ 車イス □ リクライニング車イス □ ストレッチャー		
同伴者	□ ご家族 □ その他 (施設の職員)		

【通信欄】

【お問い合わせ】

鳥取県立厚生病院

患者支援・地域連携センター

TEL (0858)22-8181(代表)

FAX (0858)22-8210(直通)

受付 平日 8:30~17:00

※土日は休み