

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		紹介元医療機関名	
科		所在地	
医師		電話番号 FAX	
		科 先生	
フリガナ 患者氏名		性別	生年月日
様		男・女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)
〒		電話番号	() -
住所			

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	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他()			
ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> リクライニング車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
同伴者	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他 (施設の職員)			

【通信欄】

<p>【お問い合わせ】</p> <p>鳥取県立厚生病院</p> <p>患者支援・地域連携センター</p> <p>TEL (0858)22-8181(代表)</p> <p>FAX (0858)22-8210(直通)</p> <p>受付 平日 8:30~17:00</p> <p>※土日は休み</p>
--