

鳥取県立厚生病院 シェントPTA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	
フリガナ 患者氏名		性別	生年月日
様		男・女	☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 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	☐ 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)			
日帰り・入院		☐ 日帰り ☐ 入院			

【通信欄】

【お問い合わせ】

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

