

地域連携センター 宛

専用FAX 0857-21-8507

※予約を希望される診療科に✓を入れてください。

平成 年 月 日

<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 胸部外科 ( <small>心臓血管外科 呼吸器・乳腺・内分泌外科</small> )
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 歯科・ <input type="checkbox"/> 腔外科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌・代謝内科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 心臓内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 精神科
<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 外科・小児外科	<input type="checkbox"/> 放射線科

医師宛

※緊急性のある患者様のご紹介は直接、  
担当医にご相談ください。  
(代表番号 0857-26-2271)

紹介医療機関の所在地・名称

〒 -

医師名 科 先生  
TEL  
FAX

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	※旧姓 ( )	男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日 ( 才 )
住所	〒 -		
電話番号	( ) -		
当院受診歴	有 ・ 無	貴院	通院中 ・ 入院中
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
主訴または傷病名	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (別途FAX送信)		
受診希望日			
第1希望	月 日 ( )	第2希望	月 日 ( )
※当日の予約はシステム上お受けできません。			
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 ( )		

【受付時間】

【お問い合わせ先】

平日 8:30~17:00

〒680-0901 鳥取市江津730

TEL: (直通) 0857-21-8501

土日、祝祭日は休み

鳥取県立中央病院 地域連携センター

(代表) 0857-26-2271

FAX: (直通) 0857-21-8507

※17:00以降送信の場合は翌日受付となります。