

鳥取県立厚生病院 診療予約申込票

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 _____医師宛		紹介医療機関(所在地・連絡先) _____科 _____先生	
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名 <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">様</div>		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日 (才)
〒 _____ 住所		電話番号	() _____
保険者番号		資格取得	年 月 日
記号・番号		有効期限	年 月 日
負担割合	1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			
受診希望日 第1希望 月 日 () 第2希望 月 日 ()			

- ☆ 診療情報提供書を必ず事前に FAX してください。
- ☆ 当日のご予約は出来かねますので、ご了承ください。

◎通信欄◎

◎お問い合わせ◎

鳥取県立厚生病院 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

土日祝は休み