

患者支援センター 専用FAX 0857-21-8507

年 月 日

\_\_\_\_\_ 科  
 \_\_\_\_\_ 先生  
 (医師の指定がない場合は診療科のみご記入ください)

紹介医療機関の所在地・名称	
〒 _____	_____
住所	
名称	
医師名 _____	科 _____ 先生
TEL _____	
FAX _____	

◎記入漏れがないようにお願いします。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 ・ 女	大・昭・平・令
旧姓	( ) ※カルテ二重登録防止のため ご記入ください。		年 月 日 ( 才)
住所	〒 _____		
電話番号	( ) _____		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関に入院中		
紹介内容 (症状及び 経過等)	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
受診 希望日	第1希望	月 日 ( )	
	第2希望	月 日 ( )	
	第3希望	月 日 ( )	
来院時状況	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

- \* 小児科・小児外科・産婦人科・眼科・精神科・血液内科は必ず診療情報提供書もFAXしてください。血液内科は検査データ等の情報もFAXをお願いします。
- \* その他診療科も可能な限り診療情報提供書をFAXしてください。
- \* 緊急性のある患者様のご紹介は担当医(代表番号 0857-26-2271)まで直接ご相談ください。
- \* 当日の予約はシステム上お受けできません。
- \* 受付時間外に届いたFAXは、翌診療日の対応となります。

【受付時間】	【お問い合わせ先】
平日 8:30~18:00	鳥取県立中央病院 患者支援センター
土日、祝祭日、年末年始は休み	TEL 0857-32-8500 (予約専用) FAX 0857-21-8507 (直通)