

鳥取医療センター 紹介予約申込書 (FAX)

紹介元医療機関名	医師名	F A X
		T E L

下記の患者様を紹介いたします。

フリガナ	性別	生 年 月 日
患者氏名	男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所 〒 -		T E L () -
当院受診歴	有 ・ 無	姓を変更された方は、 旧姓をお知らせください。 旧姓 ()
傷病名 (主訴及び症状等)		
第1受診希望日 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分		
第2受診希望日 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分		

※ご希望の診療にチェックをお願いします。

□診療・加療		
診 療 科	科	医師宛
□画像センター (MRI ・ CT)		
撮影部位 :		
【希望する保存媒体】 ご希望の保存媒体をお選びください。		
<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-ROM		
読影結果は後日郵送させていただきます。お急ぎの場合はFAXさせていただくことも可能です。		
下記へチェックをお願いします。		
<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX希望		

※折り返し、予約通知書をFAXいたしますので、患者様へお渡しくделаすようお願いいたします。

鳥取医療センター 地域医療連携室	予約受付時間 平日 8:30~17:15 (土・日・祝祭日は休み)	【TEL】0857-59-0892 (内線:275) 【FAX】0857-59-0713 (連携室専用)
------------------	-----------------------------------	---