

☆診療情報提供書等を添えて送信してください。（口あとで送信します）

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	FAX
		TEL

☆紹介目的

<input type="checkbox"/> 診療・加療	(診療科)	科	先生
<input type="checkbox"/> 画像センター		放射線科	先生
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 〒 - TEL () -			
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） <input type="checkbox"/> 診療情報提供書に記載			
第1希望日 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分			
第2希望日 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分			

☆画像センターご予約の際は、下記の項目にも記載をお願いします。

<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT
【撮影部位】	()
【保存媒体】	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-ROM
【読影結果】	<input type="checkbox"/> FAX希望 ※結果をお急ぎの場合にチェックをお願いします。
【その他】	交通事故 ・ 労災 保険会社名 (担当者:)
電話 _____	

※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しま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）