

## FAX診療申込書

鳥取市立病院 FAX送信先: 患者サポートセンター 地域連携係 0857-37-1587

紹介医療機関の所在地・名称

放射線 科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_ 医師名:  
TEL ( ) \_\_\_\_\_ FAX ( ) \_\_\_\_\_

フリガナ				M・T・S・H・R
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
住所	〒		電話番号	( ) -
受診歴	以前、鳥取市立病院を受診したことが 有る ・ 無い どちらかに○をお書きください。 ※ 姓を変更された方は旧姓をご記入ください。 (旧姓 )			
紹介目的	診療 (外来・入院) 検査(CT・MRI・PET/CT・RI・内視鏡) (部位)			トワイライトCT
	市立病院での結果説明を 希望する ・ 希望しない			
受診希望	第一希望	月	日 ( )	第二希望 月 日 ( )

※緊急性のある患者様のご紹介は、直接、担当医にご連絡下さい(代表 37-1522)

FAX  
受付時間

- ・ 月曜日～金曜日 8:30～17:00
- ・ 17:00以降の送信の場合「予約連絡票」は翌日になります。

## 【当院控え】

◎患者様の受付IDNo. \_\_\_\_\_

令和 年 月 日 ( ) 時 分 ご予約

【お問い合わせ連絡先】 〒680-8501 鳥取市の場1丁目1番地  
鳥取市立病院 患者サポートセンター 地域連携係  
直通電話: 0857-37-1526  
FAX: 0857-37-1587