

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 鳥取市市場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