

年 月 日

☆診療情報提供書等を添えて送信してください。(□あとで送信します)

鳥取医療センター 紹介予約申込書 (FAX)

(当院記入欄)

ID:

紹介元医療機関名	医師名	F A X
		電 話

紹介目的	☐ 診療・加療（　　　　　　　　　科）		先生
	☐ パーキンソン病センター（脳神経内科）		先生
	☐ 画像センター	（放射線科）	外来担当医
フリガナ		性別	生　年　月　日
患者氏名		男 ・ 女	大・昭・平・令 年　　月　　日（　　歳）
（旧姓：　　　　　）			
住　所　〒　　－			
電話番号（　　　　　）－			
●鳥取医療センター受診歴　　　　　有　・　無		●貴院に　　　　　通院中　・　入院中	
傷病名（主訴及び症状等） ☐ 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。

☐ MRI	☐ CT
【撮影部位】	()
【保存媒体】	C D - R
【読影結果】	☐ 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 ・ スポーツ保険
保険会社名	(担当者：) 電話

【予約受付時間】 平日 8:45～17:00（土・日・祝祭日は休み）
● 17時以降に受信した申込みは、翌日の受付となります。ご了承ください。

【お問い合わせ先】 鳥取医療センター 地域医療連携室 TEL:0857-59-0892（内線275）
TEL:0857-59-1111（代表）