

# 紹介患者さま 事前診療申込書 (FAX 専用)

市立福知山市民病院  
地域医療連携室 行

FAX 0773-22-6334 (直通)  
TEL 0773-22-6329 (直通)

貴医療機関名	貴医師名
住所	
電話 ( )	FAX ( )

フリガナ	男	明治・大正	年	月	日生
患者氏名	女	昭和・平成・令和			
患者住所	〒	電話	( )		
当院受診歴	あり ・ なし	当院 ID			

第1希望日時:令和 年 月 日( ) 時ごろ	
第2希望日時:令和 年 月 日( ) 時ごろ	
第3希望日時:令和 年 月 日( ) 時ごろ	

下記備考欄もご利用ください

## 診療

希望診療科 ( 印をつけてください)

内科	消化器内科	循環器内科	腎臓内科	血液内科	腫瘍内科	糖尿病内科	精神神経科	神経内科	ものわすれ外来	小児科	小児外科	外科	心臓血管外科	整形外科	脳神経外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻いんこう科
----	-------	-------	------	------	------	-------	-------	------	---------	-----	------	----	--------	------	-------	------	-----	------	------	----	---------

希望医師 あり ( ) 医師 ・ なし

腎臓内科、血液内科、腫瘍内科は、血液検査結果などの添付をお願いします。  
また、画像データなど電子媒体の診療情報が多い場合は、事前にご連絡いただきますようお願いいたします。  
ものわすれ外来は、認知症の診断・早期発見・早期対応を目的とします。  
希望医師・希望日時についてはご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

## 検査、放射線治療等

希望検査等 ( 印をつけてください) **造影CTについて・喘息などアレルギーの既往のある方はお断りする場合があります。**  
放射線治療予約は、病名・照射部位を前もってご記入ください。

C	T	頭部・胸部・上腹部・下腹部・四肢( )	単純・造影
M	R	頭部・胸部・上腹部・下腹部・四肢( )	単純・造影
R	I	( )センチ	
放射線治療	放射線科の受診予約 を取らせていただきます	病名: 照射部位:	

フィルム等の提供 要 ・ 不要 ( フィルム ・ CD - R )

備考:

入院中受診の患者 ストレッチャー必要 左記に該当する患者さまの場合には、レ点をお願いします。

確認が取れ次第、「受診日のお知らせ」を送信しますので患者さまにお渡しをお願いします。