

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・女 | 明治・大正 昭和・平成・令和 | 年 月 日生 |
| 患者氏名 | | | |
| 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 | 呼吸器内科 | 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。