

# 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	消	循	腎	血	腫	呼	糖	精	神	もの	小	小	外	心	整	脳	形	皮	泌	産	眼	耳
科	化	環	臓	液	瘍	吸	尿	神	経	の	児	児	科	臓	形	神	成	膚	尿	婦	科	鼻
	器	器	内	内	内	器	病	経	内	わ	科	科		血	外	経	外	科	器	人		こ
	内	内	科	科	科	内	内	科	科	す				管	科	外	科		科	科		う
	科	科				科	科			れ				外								科
										外				科								
										来												

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) 造影剤の使用にあたり、喘息の既往や腎機能低下の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
造影剤を使用の場合、必ず記入してください			造影剤過敏症 / あり ・ なし 喘息 / あり ・ なし 腎機能(直近3ヶ月以内) / Cre=( )または eGFR=( )	
	R	I	( )シンチ	
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:

画像等の提供 要 ・ 不要 ( CD-R ・ フィルム )

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。