

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	脳神経内科	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。