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 患者氏名	男・女	明治・大正 昭和・平成・令和	年　月　日生
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（〇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	呼吸器内科	糖尿病内科	膠原病内科	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	消化器外科	呼吸器外科	乳腺外科	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、血液内科は、事前診療申込時に診療情報提供書と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（〇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：
	骨塩定量		

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。