

紹介患者様 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			
患者住所	〒	電話 ()			
当院受診歴	あり ・ なし	当院 ID			

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
内科	消化器内科	循環器内科	腎臓内科	血液内科	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、血液内科は、血液検査結果を添付お願いします。
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 (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。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頭部・胸部・上腹部・下腹部・四肢()	単純・造影
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頭部・胸部・上腹部・下腹部・四肢()	単純・造影
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()シンチ	
<input type="checkbox"/>	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。