

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)

内	消	循	腎	血	糖	精	神	もの	小	小	外	心	整	脳	形	皮	泌	産	眼	耳
科	化	環	臓	液	尿	神	経	の	児	児	科	臓	形	神	成	膚	尿	婦	科	鼻
	器	器	内	内	病	経	内	わ	科	科		血	外	経	外	科	器	人		い
	内	内	科	科	内	科	科	ず				管	科	外	科		科	科		ん
	科	科						れ				外								ん
								外												ん
								来												ん
									科	科										ん
																				ん
																				ん

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。

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	()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:	

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。