

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 女	明治・大正 昭和・平成	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: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"/>	<input type="checkbox"/>
内 科	消 化 器 内 科	循 環 器 内 科	腎 臓 内 科	血 液 内 科	腫 瘍 内 科	糖 尿 病 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 ご 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。
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。