


ご紹介患者様 診療予約申込書 (FAX用紙)

 独立行政法人国立病院機構 福山医療センター 医療連携支援センター
FAX: 084-922-2411 (直通)
受付時間: 平日 8:30~17:00

◆お申込みの 医療機関名	
住 所	
診療科・医師名	
必 須	(電話番号)
	(FAX番号)

◆ご紹介いただく患者さんの情報

フリガナ		性別	生 年 月 日
お名前		男 女	明・大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒 _____		電話番号 () -

◆ご紹介いただく診療科等

外来 予約	診療科		受診希望日	
	医師名 ^{※1}		・第1希望	令和 年 月 日 ()
			・第2希望	令和 年 月 日 ()
			・その他	

※1 特に希望医師のない場合は、外来担当医とさせていただきます。

外来栄養指導 ^{※2}	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー(小児科)	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群(産科)	受診希望日
	<input type="checkbox"/> 腎臓病(泌尿器科)	<input type="checkbox"/> その他(内科)	令和 年 月 日 ()

※2 医師指定はできません。外来診察時に栄養指導であることを確認します。

検査 予約	検査の種類	検査部位・内容(RIの場合)	受診希望日	フィルム 希望
	CT・MRI ^{※3} MRCP・RI		第1希望 令和 年 月 日 () 第2希望 令和 年 月 日 ()	※4 有・無

※3 医師指定はできません。

※4 希望がない場合はCD-Rとなります。

※5 内 視 鏡 予 約	上部内視鏡	希望があれば選択ください 経口内視鏡・経鼻内視鏡	ワーファリン服用	受診希望日
	下部内視鏡		有・無 ^{※6}	・なるべく早く ・希望日あり() ・曜日指定あり(月・火・水・木・金)

※5 スクリーニング検査のみです。医師指定はできません。 ※6 ワーファリンを服用中の場合、先に血液検査があります。

※7 骨 密 度 検 査 予 約	検査希望日	令和 年 月 日 () ※前回検査より4か月以上空けて下さい
	腰椎又は大腿骨近位部の骨折や体内金属の有無及び部位を○で囲んで下さい。 腰椎骨折 無・有 (L1・2・3・4・5) 大腿骨近位部骨折 無・有 (左・右 人工関節・その他)	

※7 検査のみで医師の診察はありません。骨密度検査のみ下記に記載があれば診療情報提供書の添付・当日持参は不要

<紹介目的・病状詳記> (診療情報提供書の添付がある場合は記載不要)
--

※診療情報提供書の添付をお願いします。(原本は当日ご持参下さい。)

申込時に添付が不可能な場合は、上記<紹介目的・病状詳記>を可能な限り詳細にご記載ください。

【予約受付時間 平日8:30~17:00 17:00以降のFAXにつきましては翌平日にご回答いたします。】