


# 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)

◆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)

受付時間: 平日 8:30~17:00

## ◆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	〒 _____	自宅等	( ) -
		携帯電話等	( ) -
		※連絡がつきやすい方に○をつけてください。	
旧姓		当院受診歴 有・無・不明	

## ◆ご紹介いただく診療科等

外来 予約	診療科		受診希望日	
	※1 医師名		・第1希望	年 月 日 ( )
			・第2希望	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。

※2 産婦人科外来へご紹介頂いた場合、新型コロナウイルス感染予防の一環として予約日の1週間前から福山市以外へ移動されたことがある場合には、予約日を延期させて頂く場合があります。(家族が福山市以外へ移動された場合も同様です)

外来栄養指導	<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) <input type="checkbox"/> 腎臓病(泌尿器科) <input type="checkbox"/> その他(内科)	受診希望日
		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	年 月 日 ( )
			第2希望	年 月 日 ( )

※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	ワーフアリン服用	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 ワーフア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	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・当日持参は不要です。

<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。】

## 新型コロナウイルス感染症に関する「問診票」(紹介予約)

紹介先

独立行政法人国立病院機構
福山医療センター
FAX: 084-922-2411
TEL: 084-922-9951



紹介元(お申し込みの)

医療機関名	
住所	
診療科	
医師名	

次の事項を記載して頂き、「ご紹介患者様 診療予約申込書」と一緒にFAX送信してください。

ご紹介を頂く患者さんの情報

年 月 日記入

名前		生年月日	年	月	日	体温	°C
----	--	------	---	---	---	----	----

### (1) 患者さんの状態について

1	本日を含ま、14日間以内に広島県以外の都道府県へ行きましたか？	はい ・ いいえ
2	本日を含ま、14日間以内に海外へ行きましたか？	はい ・ いいえ
3	本日を含ま、14日間に37.5度以上の発熱がありましたか？	はい ・ いいえ
4	味覚異常、嗅覚異常はありますか？	はい ・ いいえ
5	新型コロナウイルス感染症が陽性者(確定した者)と濃厚接触歴がありますか？	はい ・ いいえ
6	同居者、同居家族に新型コロナウイルス感染症の症状がある人がいますか？	はい ・ いいえ

### (2) 同居者・同居家族の状態について

1	本日を含ま、14日間以内に広島県以外の都道府県へ行きましたか？	はい ・ いいえ
2	本日を含ま、14日間以内に海外へ行きましたか？	はい ・ いいえ
3	本日を含ま、14日間に37.5度以上の発熱がありましたか？	はい ・ いいえ
4	味覚異常、嗅覚異常はありますか？	はい ・ いいえ
5	新型コロナウイルス感染症が陽性者(確定した者)と濃厚接触歴がありますか？	はい ・ いいえ

### (3) 受診当日の付き添いの方(同行者)の状態について

1	本日を含ま、14日間以内に広島県以外の都道府県へ行きましたか？	はい ・ いいえ
2	本日を含ま、14日間以内に海外へ行きましたか？	はい ・ いいえ
3	本日を含ま、14日間に37.5度以上の発熱がありましたか？	はい ・ いいえ
4	味覚異常、嗅覚異常はありますか？	はい ・ いいえ
5	新型コロナウイルス感染症が陽性者(確定した者)と濃厚接触歴がありますか？	はい ・ いいえ
6	同居者、同居家族に新型コロナウイルス感染症の症状がある人がいますか？	はい ・ いいえ

**※特記事項** 上記(1)～(3)で「はい」が1つでもついた場合には、特記事項に詳細をご記入ください。

例: いつ、誰が、どこへ行った、いつから症状があったか等

※原本は、当院宛の診療情報提供書と一緒にご持参ください。

※患者様、同居者・同居家族、付き添い予定の方が、受診予定日までに37.5度以上の発熱、味覚異常、嗅覚異常等の症状が発症した場合や広島県以外の都道府県への往来、海外渡航した場合には「福山医療センター 医療連携支援センター」へ連絡をお願いします。