


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	() —

※連絡が付きやすい方に○をつけてください。

◆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	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)	受診希望日
	<input type="checkbox"/> 腎臓病(泌尿器科) <input type="checkbox"/> その他(内科)	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 ()	※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	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。】

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	本日を含め、7日間に37.5度以上の発熱がありましたか？	はい ・ いいえ
2	咳・痰等の症状はありますか？	はい ・ いいえ
3	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

(2)受診当日の付き添いの方(同行者)の状態について

1	本日を含め、7日間に37.5度以上の発熱がありましたか？	はい ・ いいえ
2	咳・痰等の症状はありますか？	はい ・ いいえ
3	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

《ご紹介元の先生方へお願い》

※来院前の1週間は、同居家族以外との会食は控えて頂くよう患者様・ご家族へお伝えください。

※特記事項 上記(1)~(2)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、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、咳・痰等の症状がある場合には、「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。