


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

旧姓★		当院受診歴★
		有・無・不明

★カルテの重複防止のため確認しています。

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。

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) <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 ()	※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

<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。】