

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

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 (電話番号)

須 (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	〒 ー	自宅等 () ー	携帯電話等 () ー
		※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。

※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 予 約	診療科		受 診 希 望 日
	医師名		・第1希望 年 月 日 ()
			・第2希望 年 月 日 ()
			・その他
体内金属		有 ・ 無 (MRI撮影 可 ・ 否)	
ペースメーカー/除細動器		有 ・ 無 (CT撮影 可 ・ 否) / (MRI撮影 可 ・ 否)	

＜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)

＜現在の処方等＞

※予約当日にお薬手帳若しくは薬剤情報提供書を持参してください。

※診療情報提供書・処方情報(お薬手帳等)の添付をお願いします。

※当日、診療情報提供書原本、お薬手帳若しくは薬剤情報提供書を必ずご持参下さい。

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。】