

福山市民病院 紹介患者事前申込用紙 (FAX 用)

年 月 日

※ 受付時間 8時30分から16時45分

医療支援センター地域医療連携課

FAX 084-946-5209

TEL 084-946-5167

紹介元医療機関 名称及び所在地	
診療科	
医師名	
電話番号	
FAX番号	

紹介状原本は当日必ずお持ちください。

希望診療科・医師名	科	医師・希望なし
第1希望日時	年 月 日(曜日)	時 分頃
第2希望日時	年 月 日(曜日)	時 分頃

* 予約状況によっては、ご希望に沿えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※緊急で当日の受診が必要な場合は、病院代表電話 084-941-5151 から各診療科の医師へ直接ご相談ください。

ふりがな	男・女 様	生年月日
患者名 (旧姓)※重複登録防止のため確認しています。		西暦 年 月 日 大正・昭和 平成・令和 ()歳
現住所	電話番号 (自宅・携帯)	
紹介目的 : 治療・精査・手術・その他()		
傷病名・主訴:		
紹介内容、症状経過(告知の有無等)をなるべく詳細にご記入ください。		
※ 該当する場合 チェックしてください	<input type="checkbox"/> 聴覚障がい者 ➡	遠隔手話通訳の利用 (希望・不要) <input type="checkbox"/> 通訳者が同伴予定
		<input type="checkbox"/> 外国人 (言語)
施行済の検査について、持参可能なものに✓をお願いします。 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 病理組織診断 <input type="checkbox"/> その他()		ピグアナイド系「メグルコ等」の内服(有・無)
画像データ <input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> その他()		透析シャント(右・左)
当院の受診歴 (有・不詳・無)		ADL・移動(独歩・車椅子・リクライニング車椅子・ストレッチャー)

★患者さんの診察準備及びカルテ作成に必要なため、太線の枠内は全てご記入をお願いします。

開放病床登録医の方へ…紹介患者さんが入院の場合、開放病床への入院を(希望する・希望しない)

*開放病床への入院を希望される場合は、この用紙を「開放病床利用届出書」に代用させていただきます。

広島県医師会の「HMネット」に参加しており、当院の「情報開示カード発行」を希望する。

広島県医師会の「HMカード」を既に持っており、当院の情報開示ラベルの印刷のみを希望する。