

# 紹介患者事前申込用紙（FAX 用）

※受診の際は診療情報提供書をご持参下さい。

年 月 日

<b>福山市民病院 地域医療連携室</b> <b>FAX:084-946-5209</b>  受付時間 8時30分から17時15分迄 連携室直通電話 084-946-5167	紹介元医療機関の 名称及びご住所	
	診療科	
	医師名	
	電話番号	
	FAX番号	

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予めご了承ください。

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
患者名		明治・大正 昭和・平成 西暦 ( ) 歳	
現住所		電話番号（自宅・携帯等）	
紹介目的 治療・精査・手術・その他 ( )	内服薬 抗血小板薬（有・無）・抗凝固薬（有・無）		
傷病名・主訴等（医師への依頼事項をご記入ください）			
当院の受診歴（有・不詳・無）		※当院の診察券（有・無）	
※重複登録防止のため、 <u>当院の受診歴のある方で姓が 変わった方</u> の旧姓確認をさせていただきます。		旧 姓 ( )	

★患者さまの診察準備・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いたします。

開放病床登録医の方へ（入院の場合）開放病床への入院を（希望する ・ 希望しない）
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 <input type="checkbox"/>
広島県医師会の「HMカード」をすでに持っており、当院の情報開示ラベルの印刷のみを希望する <input type="checkbox"/>
その他の連絡事項

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

※患者さまに受診当日「お薬手帳」をご持参いただけるようお伝えいただけましたら幸いです。 ※当日受診が必要な場合は、病院代表電話084-941-5151から直接外来にご相談ください。
---